

Katariina Hjort

ASIAKKaidEN KOKEMUKSIA SOSIAALITYÖSTÄ

– Psykiatrisessa avohoidossa

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

pro gradu -tutkielma

Marraskuu 2019

TIIVISTELMÄ

Hjort, Katariina: Asiakkaiden kokemuksia sosiaalityöstä – psykiatrisessa avohoidossa.

Pro gradu -tutkielma, 68s., 5 liites.

Tampereen Yliopisto

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Sosiaalityö

Ohjaajat: Kirsi Juhila ja Katja Kuusisto

Marraskuu 2019

Tämän tutkielman tarkoituksena on selvittää psykiatrisen avohoidon asiakkaiden kokemuksia sosiaalityöstä psykiatrisessa avohoidossa. Erityisesti haettiin vastausta siihen millaisena asiakkaat kokevat osallisuuden ja vuorovaikutuksen sosiaalityöntekijän kohtaamisessa. Aineisto on kerätty HUS alueen mielialahäiriöpoliklinikoiden sosiaalityön asiakkailta 1.2–31.3.2019 lomakekyselynä. Mielialahäiriöpoliklinikan sosiaalityöntekijät antoivat kyselylomakeen ja saatekirjeen tapaamisen lopuksi, tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Kyselylomakkeen palautti 93 asiakasta.

Kyselylomake koostui kysymyksistä, joissa kartoitettiin tausta- ja asiakkuustietoja sekä viisiportaisella asteikolla osallisuuden ja vuorovaikutuksen kokemusta. Arvosana 1 tarkoitti erittäin paljon eri mieltä ja 5 erittäin paljon samaa mieltä. Vapaata palautetta antoi 17 vastaajaa. Asiakkaat kokivat vuorovaikutuksen toteutuvan kiitettävästi ja osallisuuden hyvin. Tapaamisen loputtua tyytyväisyyttä tehtiin suunnitelmiin tai ratkaisuihin tunsivat eniten ne vastaajat, jotka olivat kokeneet että; 1) sosiaalityöntekijä syventyi heidän asiaansa kokonaisvaltaisesti, 2) sosiaalityöntekijältä sai ymmärrystä ja tukea, 3) sosiaalityöntekijällä oli riittävästi tietoa asian selvittämiseksi.

Asiasanat: psykiatria, terveyssosiaalityö, osallisuus, vuorovaikutus.

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

ABSTRACT

Hjort, Katariina: Clients experiences of social work in psychiatric outpatient care.

Master's Thesis, 68 pages, 5 appendix pages

Tampere University

Faculty of Social Sciences, Social Work

Supervisors: Kirsi Juhila and Katja Kuusisto

November 2019

Purpose of this study is to examine how clients have experienced social work in outpatient psychiatric care. Primary focus was on how the customers experienced participation and interaction when meeting a social worker.

The material has been collected from HUS psychiatric outpatient clinic's, (mood disorder team) social work clients between 1.2–31.3.2019 using a form. The social workers gave the questionnaire and cover letter after the meeting. It was voluntary to participate the study. 93 clients returned the questionnaire.

The questionnaire consisted of questions that examined background and clients information and experiences of participation and interaction on a five-step scale. Grade 1 meant disagrees highly and grade 5 agrees highly. Free-range feedback was given by 17 answerers.

Clients experienced interaction as commendable and participation as good. The clients that were most satisfied with made-up plans were those who experienced that; 1) social worker delved into their situation comprehensively, 2) social worker provided understanding and support, 3) social worker had enough knowledge to examine the matter.

Keywords: psychiatry, healthcare social work, participation, interaction.

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service.

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	1
2 TERVEYSSOSIAALITYÖ	5
2.1 TERVEYSSOSIAALITYÖN JUURET	5
2.2 TERVEYSSOSIAALITYÖN PAIKAT JA TEHTÄVÄT PSYKIATRIASSA	8
2.3 TERVEYSSOSIAALITYÖN HAASTEITA PSYKIATRIASSA	11
3 KOHTAAMISEN KULMAKIVET	14
3.1 VUOROVAIKUTUS	14
3.2 OSALLISUUS KOKEMUKSENA	18
4 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TOTEUTUS	24
4.1 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	24
4.2 AINEISTO	24
4.3 KYSELYLOMAKKEEN RAKENNE	27
4.4 ANALYYSI	29
4.5 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	31
5 TUTKIMUSTULOKSET	35
5.1 TAUSTATIEDOT	35
5.2 ASiantuntemus ja oikea-aikaisuus	38
5.4 OSALLISUUS	44
5.5 Tyytyväisyys asioinnin päättyessä	47
5.6 REGRESSIOANALYYSI	48
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	51
6.1 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA RAJOITUKSET	51
6.2 SOSIAALITYÖN ASIAKKAAT	51
6.3 VUOROVAIKUTUSSUHDE	54
6.4 OSALLISTUMISESTA OSALLISUUTEEN	55
6.5 LOPPU HYVIN, KAIKKI HYVIN?	57
7 POHDINTA	59
LÄHTEET	61
LIITE 1: KYSELYLOMAKKEEN SAATEKIRJE	72
LIITE 2: KYSELYLOMAKE	73

KUVIOT

KUVIO 1. HUS MIELIALAHÄIRIÖLINJAN ORGANISAATIO.	26
KUVIO 2. ASiantuntemuksen ja oikea-aikaisuuden kokemus.	39
KUVIO 3. Vuorovaikutuksen kokemus.	42
KUVIO 4. Osallisuuden kokemus.	45
KUVIO 5. Tyytyväisyys lopputulokseen.	48

TAULUKOT

TAULUKKO 1. VastaaJien taustatietoja.	36
TAULUKKO 2. Asiakkuuteen liittyviä tietoja.	37
TAULUKKO 3. Koettu asiantuntijuus sekä oikea-aikaisuus, keskiarvot ja keskihajonta.	40
TAULUKKO 4. Koettu vuorovaikutus, keskiarvo ja keskihajonta.	43
TAULUKKO 5. Osallisuuden kokemus, keskiarvo ja keskihajonta.	46
TAULUKKO 6. Tyytyväisyys lopputulokseen, lineaarinen regressioanalyysi.	49

1 JOHDANTO

Jos määränpää edessä häämöttää

Siel' saari on tuomittujen

Jos Seiliin ken joutuu, hän Seiliin myös jää

kuolemaan heikot soudetaan.

(Jenni Vartiainen 2010)

Seilin saari on toiminut muun muassa lepraparantolana ja mielisairaalana, jossa hoidettiin viimeiset vuosikymmenet vain naisia. Sairaala suljettiin lopullisesti vuonna 1962. Kuten Vartiaisen laulunkin sanat kertovat, ei saarelta päässyt pois parantuessaan. Vaikka Seilin saaren ajoista on vain reilut viisikymmentä vuotta aikaa, on psykiatria edennyt vähemmän pakottavaan ja potilaita osallistavaan hoitomalliin. Mielenterveyspalvelut ovat muuttuneet avohoitopainotteiseksi ja palveluiden tuottamiseen on tullut vahvasti mukaan yksityinen ja kolmas sektori. Psykiatrisia sairauksia on alettu ymmärtämään sairauksina, joiden kanssa voi elää yhteiskunnassa ja joista on mahdollisuus kuntoutua esimerkiksi työelämään.

”WHO:n mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen tunnistaa omat kykynsä, pystyy selviytymään normaaleista elämään kuuluvista paineista ja pystyy työskentelemään tuloksia tuottavista sekä ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan.” Mielenterveys on siis hyvän terveyden, sosiaalisuuden ja toimintakyvyn perusta. Se ei ole staattinen tila, koska mielenterveyteen vaikuttaa yhteiskunnan ulkoiset tekijät kuten taloudelliset, sosiaaliset ja biologiset seikat. Mielenterveys muuttuu ja muovautuu elämän aikana ja sen on voimavara, joka auttaa ihmisiä kokemaan elämän mielekkääksi, solmimaan ja ylläpitämään sosiaalisia suhteita sekä palautumaan vastoinkäymisistä. Yhden ihmisen mielenterveysongelmat tuottavat surua myös laajempaan joukkoon

ihmisiä: perheeseen, sukulaisiin, ystäviin, opiskelu- ja työkavereihin. (Kaleva & Valkonen 2013; Rauhala 1997, 24; Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Erilaisisia psykiatrisia häiriöitä kutsutaan mielenterveyden häiriöiksi. Ne ovat oireyhtymiä, joihin liittyy haittaa sekä kärsimystä ja joissa esiintyy kliinisesti merkitseviä psyykkisiä oireita. Häiriöt luokitellaan tyypillisten oireiden, vaikeusasteiden ja keston mukaan. Mielenterveyden häiriöön sairastuu joka vuosi noin 1,5 prosenttia suomalaisista. Tutkimukseni aineiston muodostavat asiakkaat, joiden hoito on mielialahäiriölinjalla. Mielialahäiriöt jaetaan joko masennushäiriöihin tai kaksisuuntaisiin mielialahäiriöihin. Masennushäiriötä saattaa esiintyä elämän eri vaiheissa ja ne ilmenevät monina erilaisina oireina, erityisesti mielialan laskuna ja mielihyvän menetyksenä. Masennustila luokitellaan vaikeusasteen mukaan joko lieväksi, keskivaikeaksi, vaikeaksi tai psykoositasoiseksi. Masennushäiriöillä on taipumus toistua, ne ovat kansanterveyden kannalta keskeisin ja yksi merkittävimmistä ongelmista kaikki sairaudet mukaan lukien. Aikuisväestöstä vakavasta masennustilasta kärsii ainakin 5 prosenttia. Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä on kyse silloin, kun muutokset esiintyvät jaksoina mielialassa joko maanisuuksena, masennuksena tai sekamuotoisena jaksena. Esiintyvyys suomalaisilla on 1,2–1,8 prosentin luokkaa. Perinnöllisyys selittää jopa 80 prosenttia taudin synnystä. Mielialahäiriöiden hoitokeinoja ovat muun muassa psykoterapia, lääkehoito ja psykososiaaliset hoitomuodot. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa psykososiaaliset hoitomuodot ovat keskeisessä roolissa. ”Psykososiaalisten hoitojen tavoitteena on sosiaalisen toimintakyvyn parantaminen, uusien taitojen oppiminen, toimivien ihmissuhteiden ylläpito ja elämänlaadun parantaminen.” (Huttunen, Matti 2018; Mielenterveystalo 2019.)

Mielenterveystalain (1116/1990) mukaan kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen mukaan ”ensisijaisena hoitotasona pidetään sosiaali- ja perusterveydenhuollon peruspalveluita ja seuraavana sosiaali- ja perusterveydenhuollon

erityispalvelujen ja erikoissairaanhoidon järjestämää avohoitoa.” Erikoissairaanhoidon hakeudutaan lääkärin läheteellä. (Mielenterveystalo 2019.)

Terveystenhuollon organisaation sisällä tapahtuva sosiaalityötä kutsutaan terveyssosiaalityöksi. (Linden 1999,5). Psykiatriassa työskentely on moniammatillista, potilaan ympärille pyritään kokoamaan hänen tarvitsemansa hoitoryhmä eri ammattiryhmistä. Terveystenhuollon kontekstissa on selvää, että hoitoryhmään kuuluvat lääkäri ja psykiatrinen sairaanhoitaja. Näiden lisäksi hoitoon voi liittyä erityistyöntekijöitä kuten sosiaalityöntekijä, psykologi, toimintaterapeutti tai fysioterapeutti. Jokainen ammattiryhmä tuo hoitoon oman erityisosaamisensa, ja sosiaalityöntekijän lähtökohtana on kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Kun lääkärin ammattia voidaan ajatella terveystyönä ja psykoterapian ammattia mielenterveystyönä, niin sosiaalityöstä voidaan puhua hyvinvointityönä (Niemelä 2009, 193).

Mielenkiintoni mielensairauksia kohtaan kumpuaa työkokemuksestani psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, ja se on ollut myös ohjaamassa sekä kandidaatin että pro gradu -tutkielmieni aihevalintaa. Kandidaatin tutkielma oli kirjallisuuskatsaus asiakkaiden kokemuksista psykiatrisesta avohoidosta. Tutkielmassani olivat mukana kaikki psykiatrian avohoidossa toimivat ammattiryhmät, koska ainoastaan terveyssosiaalityötä koskevaa tutkimusta ei ollut löydettävissä. Tässä pro gradu -tutkielmassa keskityn asiakkaiden kokemuksiin psykiatrisen avohoidon sosiaalityöstä. Aineisto kerättiin lomakekyselynä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) mielialahäiriöpoliklinikan sosiaalityön asiakkailta.

HUS kerää asiakkailta palautetta pääasiassa sähköisesti. Sosiaalityöstä psykiatrisessa avohoidossa ei palautetta ole juurikaan tullut. Vähäiseen palautteeseen saattaa olla syynä puutteet toimintakyvyssä, joka on yleistä esimerkiksi masennusta sairastavien asiakkaiden keskuudessa. On kuitenkin tärkeää saada asiakkaiden ääni kuuluviin ja lisätä sitä kautta asiakasosallisuutta sekä mahdollisuutta vaikuttaa palveluihin. Osallisuus voi toteutuessaan olla esimerkiksi pienimuotoista aktiivisuutta asioihin vaikuttamisessa. Pidemmälle vietyä asiakasosallisuutta on toimintaa ammattilaisten ja asiantuntijoiden

rinnalla. (Sihvo ym. 2018, 11–12.) Pysin tutkimuksellani selvittämään, vastaavatko sosiaalityön palvelut asiakkaiden odotuksia ja tarpeita sekä lisäksi kartoittamaan kohtaamisessa esiintyvää osallisuutta ja vuorovaikutusta. Tutkimustuloksia käytetään HUS:in mielialahäiriölinjan avohoidon sosiaalityön kehittämiseen.

Tutkielma koostuu teoriaosuudesta, jossa käyn läpi terveyssosiaalityötä historian, sen tehtävien sekä haasteiden valossa. Jatkan avaamalla käsitteitä vuorovaikutus ja osallisuus, jotka ovat mielestäni asiakkaan kohtaamisen kulmakiviä. Aikaisempi tutkimus liittyy tutkielmaan erityisesti teoriaosuudessa. Tutkimuksen tavoitteet ja toteutus -luvussa esittelen tutkimustehtävän ja -kysymykset, kuvaan aineiston ja tutkimusympäristön sekä käyn läpi kyselylomakkeen rakenteen ja analyysin. Tutkimustuoksissa esittelen tärkeimmät tulokset ja johtopäätökset. Lopetan tutkielman tulosten pohdintaan sekä jatkotutkimustarpeiden avaamiseen.

2 TERVEYSSOSIAALITYÖ

2.1 Terveysosiaalityön juuret

Sairaalan sosiaalityö sai alkunsa jo 1800-luvun lopulla, kun Englannissa aloitti ensimmäinen sosiaalihoitaja ”Lady Almoner”. Hänen pääasiallinen tehtävänsä oli auttaa maksukyvyttömien potilaiden hoitoonpääsyä. Amerikassa ensimmäinen sairaalan sosiaalityön osasto perustettiin 1905 New Yorkiin, josta se levisi nopeasti koko maahan. Ruotsissa sosiaalihoitajattarien työ vakiintui vuodesta 1920 lähtien. Sosiaalihoitajattaret saivat useimmiten sairaanhoitajatarkoulutuksen, ja työhön kuului kodeissa annettava terveydenhoito, sosiaalityö sekä valistustyö. Kuraattorien toimintaa oli jo jonkin verran ollut mielitautien, probleemilasten ja syövän huollossa. Vapaaherratar Sophie Mannerheim toimi Helsingin yliopistollisen keskussairaalan ylihoitajanana ja aloitti Suomessa hoitotyön kehittämisen englantilaisen esikuvan mukaan. Hän kierteli osastoilla ja keskusteli potilaiden kanssa sekä piti yhteyttä omaisiin. Erityisesti hän sääli vainajien omaisia ja näki, että tarvittiin henkilö, joka lohduttaisi heitä surussa. Marraskuussa 1921 tähän tehtävään nimitettiin sairaanhoitaja, jota alettiin kutsumaan sosiaalihoitajaksi. Seuraavalla vuosikymmenellä haettiin sosiaalityöhön mallia Amerikasta ja Englannista, jossa aloittelevat sosiaalityöntekijät kävivät opiskelemassa. (Lindén 1999, 36–38). Merkittävä rooli psykologisesti orientoituneen casework-tietouden levittämisessä oli Yhdysvalloissa sosiaalityön tutkinnon suorittaneilla henkilöillä, joita myös kututtiin Amerikan maistereiksi (Toikko 2005, 160).

Vuonna 1936 hyväksyttiin huoltolait, jotka koskivat kunnallisia huoltolautakuntia, lastensuojelua, irtolaisten huoltoa sekä alkoholistien huoltoa. Uudet lait loivat perustan ammatilliselle sosiaalihuollolle. Huoltotyön käytäntö ei ollut kuitenkaan sillä tasolla mitä huoltolait edellyttivät. Sosiaalihoitajakoulutus aloitettiin vuonna 1942, vastaava ruotsinkielinen aloitettiin seuraavana vuonna ja sosiaalihoitajakoulutus vuonna 1945. Sosiaalihoitajakoulutus tarjosi opetusta huoltolainsäädännöstä, kun taas sosiaalihoitajakoulutuksessa painotettiin asiakastyötaitojen ja sairaaloiden sosiaalihoidossa tarvittavaa laajaa osaamista. Pohjakoulutusvaatimuksena oli aluksi

terveyssisaren tutkinto, ja koulutusta annettiin Valtion terveydenhuolto-opistossa. (Em. 156–163.)

Sosiaalihoitajat toimivat sairaaloissa ja erityisesti heille opetettiin caseworkiin eli henkilökohtaiseen huoltoon perustuvaa mallia. Sosiaalihoitajien tehtävä sairaalassa oli varmistaa sosiaaliturvaan ja taloudellisiin ehtoihin liittyviä asioita, mutta samalla myös tukea hoitoa sosiaalisesta näkökulmasta. Erityisesti psykiatrisessa hoidossa lääkärit olivat kiinnostuneita saamaan tietoa potilaan sosiaalisesta taustasta, sosiaalihoitajien tehtävä oli kartoittaa potilaan arkielämään kuuluvia asioita. (em.156–163.) Sosiaalihoitajat olivat edelleen selvästi sairaalan sisäisiä työntekijöitä, joiden työn sairaalan johto määritteli omien intressiensä mukaan. He olivat ”sekatyöläisiä”, joiden toimenkuvaan kuului mitä erilaisimpia tehtäviä potilaiden taloudellisten asioiden hoitamisesta potilaskortistojen pitämiseen tai jonolistojen hoitamiseen. (Aukee 1960 Tulppo 1991, 8 muk.)

Tulppo (1991) kuvaa 1960–70 -lukuja sosiaalityön asiantuntijuuden ja vakiintumisen vuosikymmeniksi. Suuren ikäpolven kasvaviin tarpeisiin pyrittiin vastaamaan kehittämällä asiantuntijapalveluita. (Em. 10.) Lääkinnällissosiaalisen ja yhteiskunnallissosiaalisen huollon asiantuntijuuden vaatimustaso kasvoi vuosi vuodelta ja alkoi erottautua yhä selvemmin hoitotyöstä. Ei nähty myöskään mielekkäänä enää hankkia kahta peräkkäistä ammattia: sairaanhoitajan ja sosiaalihoitajan ammattia. Vuonna 1975 sosiaalihoitajakoulutus lopetettiin ja opetus tuli yliopistoihin sekä korkeakouluihin. Sosiaalityöntekijä-nimike otettiin virallisesti käyttöön ja yleisesti alettiin puhumaan terveyssosiaalityöstä. (Lindén 1999, 51–54.)

Samalla vuosikymmenellä alkoi myös avohoidon kehittäminen ja mielenterveystoimistoverkoston rakentuminen, joka oli maanlaajuinen 1970-luvun loppupuolella. Käsitys mielenterveyden kokonaisvaltaisuudesta ja potilaiden kuntouttaminen kohti yhteiskuntaa oli merkittävä muutos verrattaessa aikaisempaan laitospainotteiseen mielisairaiden hoitoon. Tämä laajensi myös sosiaalityöntekijöiden toimintakenttää. Sosiaalipsykiatria painotti mielenterveyden hoidossa vuorovaikutuksen merkitystä ympäristön ja yhteiskunnan sekä potilaan välillä. Tämä lähestymistapa oli ominaista myös sosiaalityölle. Mielenterveystyö oli yhteistyötä, jossa sosiaalihoitajat

sovelsivat tarjolla olevia sosiaalisia palveluita potilaan tarpeisiin. Sosiaalityöntekijä teki lähtökohtaisesti aina sosiaalityötä, mutta myös psykoterapeuttista työtä, mikäli hän oli saanut siihen asianmukainen koulutuksen, jonka merkittävä osa sosiaalihoitajista suorittikin. (Kylmäluoma 2014, 39–51.)

Merkittäviä muutoksia Suomen psykiatrisessa palvelujärjestelmässä tapahtui 1990-luvulla. Psykiatrinen ja muu erikoissairaanhoito yhdistyivät pitkän erillisyyden historian jälkeen. Avohoitopainotteisuus kirjattiin uudistettuun mielenterveyslakiin vuonna 1991, jonka seurauksena 20 vuoden aikana 80 prosenttia psykiatrisista sairaalapaikoista lakkautettiin. Psykiatristen palvelujen tuottamisen vieminen kuntatasolle ja mielisairaanhoitopiirien lakkauttaminen hajauttivat mielenterveyspalveluita voimakkaasti. Samaan aikaan Suomeen iski syvä taloudellinen lama, joka vaikutti siihen, ettei psykiatrisen avohoidon kehittämiseen ollut resursseja. Arvioiden mukaan psykiatrinen erikoissairaanhoito joutui muita erikoisaloja rankempien supistusten kohteeksi. Tutkimusten mukaan avohoidon resurssit olivat liian niukat ja henkilöstö koki toimivansa epävarmoissa olosuhteissa ja ankaran paineen alaisena. Hoivan, huolenpidon, kuntoutuksen sekä sosiaalityön osuuden todettiin jäävän liiksi katveeseen. Sosiaalityö joutui kamppailemaan psykiatrian niukista resursseista ja perustelemaan tarpeellisuuttaan. (Niemelä & Blanco-Sequeiros 2015; Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004.)

On merkityksellistä ymmärtää sosiaalityön ja erityisesti terveyssosiaalityön historiaa ja taustoja. Molempien tehtäväkuvaa ovat vahvasti määrittäneet ajan lainsäädännöt, poliittinen ilmapiiri sekä yhteiskunnan talouden tila. Terveysosiaalityö on eriytynyt hoitotyöstä omaksi asiantuntijapalveluksi, mutta tekee edelleen tiivistä yhteistyötä hoitotyön kanssa moniammatillisesti. Voidaankin sanoa, että terveysosiaalityön vahvuus on ymmärrys sairauksien vaikutuksesta toimintakykyyn. Terveysosiaalityöllä on sellaista asiantuntijuutta, jota ei muulla sosiaalityöllä ole.

2.2 Terveyssozialityön paikat ja tehtävät psykiatriassa

Terveyssozialityö on osa sosialityötä, jonka kansainvälinen määritelmä on suomennettu seuraavanlaisesti; "socialityö on professio ja tieteenala, jolla edistetään yhteiskunnallista muutosta ja kehitystä, socialista yhteenkuuluvuutta sekä ihmisten ja yhteisöjen voimaantumista ja valtaistumista. Yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden, ihmisoikeuksien, kollektiivisen vastuun sekä moninaisuuden kunnioittamisen periaatteet ovat keskeisiä socialityössä. Socialityö kiinnittyy socialityön, yhteiskuntatieteiden ja humanististen tieteiden teorioihin sekä alkuperäiskansojen ja paikallisyhteisöjen tietoon. Socialityössä työskennellään ihmisten ja rakenteiden parissa elämän ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi ja hyvinvoinnin lisäämiseksi". (Sosnet 2014, kansainvälinen socialityön määritelmä suomeksi.)

Terveyssozialityöllä on omat erityispiirteensä, joita on syytä käsitellä laajemmin tässä alaluvussa. Lindenin (1999) kuvaa terveydenhuollon socialityötä toiminnaksi, joka tapahtuu terveydenhuollon organisaatiossa ja jonka tarkoituksena on edistää sekä ylläpitää asiakkaiden terveyttä ja socialisuutta. "Työn lähtökohtana on kokonaisnäkemys sairauden ja socialisten tekijöiden yhteyksistä. Tavoitteena on vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen siten, että sairaudesta huolimatta taloudellinen toimeentulo, socialinen suoriutuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisivat mahdollisimman häiriöttömästi". (Em. 55.) Psykiatriassa socialityö on oleellinen ja kiinteä osa potilaan hoito- sekä kuntoutumisprosessia, työn perusta on sociali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä (Hyks psykiatria 2019). Terveyssozialityön nimikkeistö (2017) jakaa palvelut viiteen osa-alueeseen: "socialinen arviointi ja suunnittelu, socialisen toimintakyvyn tukeminen, yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö, asiantuntija- ja koulutustehtävät sekä hallinto ja kehittäminen" (Savolainen 2017, 6–17). Socialityön asiantuntijuus mielenterveystyössä kiinnittyy vahvasti oikeudenmukaisuuden kysymyksiin ja asiakkaan oikeusturvasta huolehtimiseen. Kuntoutumisorientaation ylläpitäminen ja usko toipumiseen korostavat sitä, ettei psyykkinen sairaus automaattisesti tarkoita toivon ja elämän mielekkyyden katoamista. (Bland ym. 2009 Leinonen 2018, 135 muk.)

Terveyssozialityöntekijältä vaaditaan laajaa sosiaaliturvan, palvelujärjestelmän, kuntoutuksen ja yhteiskunnan toimintaa koskevaa asiantuntemusta. Kattavan oman toiminta-alueensa tuntemuksen lisäksi sosiaalityöntekijällä on usein oman organisaation tehtävään liittyvää vertikaalista asiantuntijuutta. Terveystenhuollossa tämä erityisasiantuntemus voi liittyä erityisiin sairauksiin, sairauden oireisiin ja hoitoon, sosiaaliturvaan tai työmenetelmiin. Terveyssozialityöntekijän selvitykset, tutkimukset ja kannanotot potilaan tilanteesta ovat moniammatillisen työryhmän käytettävissä ja vaikuttavat heidän kannanottoihinsa. Niitä voidaan myös käyttää muiden organisaatioiden sosiaaliturvaa koskevan päätöksenteon tukena. Terveyssozialityö on kunnan sosiaalitoimen työtä itsenäisempää, eikä sillä pääsääntöisesti ole sosiaalitoimen sosiaalityöntekijälle ominaista viranomaisvaltaa. (Metteri 2014, 250–252.) Julkisen sektorin sosiaalipalveluiden luonteeseen kuuluu usein se, että ne eivät ole vapaaehtoisia. Terveyssozialityö on osa julkista palvelua, mutta siihen harvoin liittyy sosiaalityön näkökulmasta katsottuna tilanteita, jotka ovat asiakkaan kannalta pakottavia. Psykiatrisessa osastohoidossa joudutaan toteuttamaan hoitoja, jotka ovat vastoin asiakkaan tahtoa, mutta sosiaalityössä vastoin asiakkaan tahtoa toimiminen tarkoittaa yleensä lastensuojeluilmoitusta tai ilmoitusta edunvalvonnan tarpeesta.

Romakkaniemi painottaa asianajajan roolia mielenterveystyön sosiaalityössä. Asiakkaat tarvitsevat ajoittain jonkun ajamaan sosiaalisia oikeuksiaan ja rakentamaan siltoja, jotta he tavoittaisivat tarvitsemansa palvelut. Sosiaalityön tehtävä on tukea asiakasta tämän valinnoissa sekä avata ja avartaa valinnanmahdollisuuksia toisten mahdollisuuksien löytämiseksi. Sosiaalityön asiantuntijuus sisältää niin ihmisten resursoimisen kuin toiminnan mahdollisuuksien laajentamisen. Se tarkoittaa mielekkäiden toiminnallisten mahdollisuuksien hahmottamista ja siltojen rakentamista toimijoiden välille. Se tarkoittaa ihmisten oman merkityksenannon reflektiota suhteessa ympäristön mahdollisuuksiin, osallisuuden vahvistamista ja sosiaalisten oikeuksien toteutumisen turvaamista. (Romakkaniemi 2014, 140.)

Seuraavaksi kuvaan HUS psykiatrian mielialahäiriölinjan sosiaalityöntekijöiden tarjoamia palveluita ja työkuva konreettisesti. Kuvaus perustuu omaan

työkokemukseeni sekä psykiatrian sosiaalityön palvelukuvauksiin, jotka ovat olleet käytössäni mutta ovat vielä julkaisemattomia. HUS psykiatrian mielialahäiriöpoliklinikoilla sosiaalityöntekijät ovat osa moniammatillista työryhmää ja työskentelevät fyysisesti samoissa tiloissa. Sosiaalityöntekijät osallistuvat työryhmien viikottaisiin tiimipalaveriiniin sekä asiakkaan hoitokokouksiin. Sosiaalityöntekijän tarvetta arvioidaan jo siinä vaiheessa, kun asiakkaasta tulee lähete poliklinikalle. Tarvittaessa asiakkaalle varataan aika sosiaalityöntekijälle tai sosiaalityöntekijä pyydetään mukaan ensimmäiseen hoitoneuvotteluun. Asiakas voi myös ohjautua sosiaalityöntekijän tapaamiseen joko omasta halustaan tai muun hoitohenkilökunnan ohjaamana. Asiakas tapaa sosiaalityöntekijän ajanvarauksella, joko poliklinikalla tai etävastaanottona puhelimitse tai videovälitteisesti. Sovitusti sosiaalityöntekijät tekevät kotikäyntejä tai osallistuvat asiakkaan ulkopuolisiin verkostokokouksiin.

Sosiaalityöntekijän tekemä arviointi on osa potilaan moniammatillista tutkimusta ja on osa hoito- tai kuntoutussuunnitelman rakentamiseksi tehtävää työtä. Asiakkaan sosiaalista tilannetta voidaan selvittää joko konsultatiivisesti, suppeasti tai laajasti, riippuen asiakkaan tarpeesta. Sosiaalityöntekijä arvioi aina asiakkaan ja perheen sosiaalihuoltolain 35 pykälän mukaisen tuen tarpeen ja tekee tarvittaessa yhteydenoton sosiaalihuoltoon tuen tarpeen arvioimiseksi, sekä käynnistää tarvittaessa viranomais- ja verkostoyhteistyön asiakkaan antaman suostumuksen sekä lain puitteissa. (Psykiatrian sosiaalityön palvelukuvaukset).

Sosiaalinen tutkimus on asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen arviointi, jossa selvitetään laajasti asiakkaan sosioekonominen- ja perhetilanne sekä sairauden ja toimintarajoitteiden vaikutukset ja kuntoutumisen mahdollisuudet. Lisäksi selvitetään asiakkaan voimavarat, tavoitteet ja muutosvalmius ja hänen oma arvionsa tilanteestaan, sekä arvioidaan sosiaalisen tuen ja tukipalvelujen tarvetta. Sosiaalityöntekijä antaa oman arvionsa joko kirjallisena hoitokertomukseen tai tarvittaessa lausuntona. Sosiaalinen tutkimus on usein arvio työ- ja toimintakyvystä sekä kuntoutustarpeesta ja se tehdään usein osana asiakkaan moniammatillista tutkimusta. (Psykiatrian sosiaalityön palvelukuvaukset).

Ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arvionti ja kuntoutuksen suunnittelu perustuvat sosiaaliseen tutkimukseen. Tutkimuksessa keskitytään potilaan ja työelämän välisiin suhteisiin sekä kuntoutuksen ja ammatillisen kuntoutuksen tarpeen mahdollisuuksien selvittämiseen. Ammatillisen kuntoutuksen hakeminen ja yhteistyö viranomaisten sekä vakuutus- ja kuntoutuslaitosten kanssa on osa kuntoutussuunnitelmaa. Yksilöllisten, tarpeenmukaisten ja oikea-aikaisten ammatillisen kuntoutuksen arviointi- ja suunnittelupalvelujen tavoittena on ehkäistä syrjäytymistä, tukea osallisuutta ja mahdollistaa asiakkaan palaaminen opintoihin, työhön tai muuhun mielekkääseen elämänsisältöön. (Psykiatrian sosiaalityön palvelukuvaukset).

Arviointien ja tutkimusten lisäksi sosiaalityöntekijä edistää asiakkaan ja perheen sosiaalista toimintakykyä sekä tukee psykososiaalisesti. Ohjauksella, neuvonnalla ja tukipalveluiden turvaamisella pyritään vähentämään asiakkaan ja perheen stressitekijöitä, vahvistamaan omaa toimijuutta sekä edistämään perheen voimaantumista. Toimeentulon ja ensisijaisten etuuksien turvaamisen tavoitteena on helpottaa asiakkaan ja perheen sosiaalisia kuormitustekijöitä. Sosiaalityöntekijä kirjaa kaikki arviot, tutkimukset ja huomiot asiakkaan potilaskertomukseen. Pirttijärvi tutki lisensiaattitutkimuksessaan ilmiöitä, joita sosiaalityöntekijän ja potilaan kohtaamisessa esiintyy, ja joita potilaskertomuksiin dokumentoidaan aikuispsykiatrian osastohoitojaksoilla. Sosiaalityöntekijät olivat kirjoittaneet potilaskertomuksiin määrällisesti eniten taloudellisista asioista. Sosiaalityön kysymykset olivat luonteeltaan suoraan potilaiden taloudelliseen tilanteeseen vaikuttavia, ja teemana on kattavimmin kirjattu tieto. (Pirttijärvi 2013, 126–129; psykiatrian sosiaalityön palvelukuvaukset).

2.3 Terveys- ja sosiaalityön haasteita psykiatriassa

Sosiaalityöntekijä on osa moniammatillista työryhmää vieraassa isäntäorganisaatiossa, jonka tarkoitus ja toimintatavat määrittävät lääke- ja hoitotieteen tehtävistä ja ajattelutavoista. Tasavertainen tieteidenvälinen vuoropuhelu ei ole itsestään selvä, vaan vaatii osallistujiltaan toisten ammattiryhmien toimintatapojen tunnistamista ja arvostamista. Terveyspalvelujärjestelmälle on tyypillistä järjestelmäkeskeisyys ja

asiantuntijakeskeisyys. Omien ammattireviirien tiukan suojelemisen sijaan vaaditaan moniammatillisuudelta monialaista osaamista asiakkaiden monitahoisten ongelmien ratkaisemiseksi. Terveyssozialityöntekijän holistinen eli kokonaisvaltainen työote merkitsee, että sosiaalityöntekijän tekemä arvio on laaja-alainen ja se ottaa arviossaan huomioon tilanteen eri puolet. (Laine 2014, 23; Metteri, 2014, 250.)

Romakkaniemen & Kilpeläisen (2013a) tutkimuksen mukaan asiakkaalle hoidon alkaessa alkutapaaminen on kriittinen kohta hoitopolulla, sillä siinä määritellään asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen tarve. Moniammatillisessa yhteisössä sosiaalityöntekijän ei ole aina mahdollista päästä mukaan aloitustapaamiseen. Asiakkaan hoitopolussa mukana pysyminen edellyttää sosiaalityöntekijältä aktiivisuutta ja vahvaa ammatti-identiteettiä sekä oman asiantuntijuutensa paikan lunastamista tilannekohtaisessa toiminnassa. Asiakkuuden rakentumisessa mielenterveyspalveluissa on muitakin erityispiirteitä. Sosiaalityöntekijän tapaaminen on riippuvainen vaihtelevista toimintakäytännöistä ja toimintaa ohjaavista malleista, jotka toteutuvat tilannekohtaisesti hyvin eri tavoin. Kun asiakkaan ongelmat olivat taloudellisia tai sosiaaliturvaan liittyviä, yhteys sosiaalityöntekijään rakentui varmimmin. Sama ilmiö on tullut esiin myös muissa terveydenhuoltoon paikantuvissa tutkimuksissa. Lisäksi sosiaalityöntekijä kutsuttiin hoitoprosessiin mukaan, kun asiakkaan hoito oli pitkittynyt ja kaivattiin lisää kuntoutuksellista näkökulmaa. (Em. 256–258.)

Fankenhaeuser ja Korpela (2014) kuvaavat tilannetta, jossa muu henkilöstö määrittelee sosiaalityön tarvetta. Potilaan ohjautuminen sosiaalityöntekijän vastaanotolle riippuu pitkälti siitä, osaako muu hoitohenkilökunta esittää potilaalle ”oikeita” kysymyksiä. Näissä tilanteissa henkilöstö toimii enemmän tai vähemmän portinvartijan roolissa. Ongelma on se, että heillä ei ole kuitenkaan välttämättä ammattitaitoa määrittää sosiaalityön tarvetta. Lisäksi potilaat eivät välttämättä osaa itse hakeutua sosiaalityöntekijän palveluihin, jonka vuoksi sosiaalityö voi olla myös alikäytetty resurssi. (Em. 59; 109.)

Terveyssozialityössä sosiaalityöntekijöiden yhtenä pyrkimyksenä on luoda vuorovaikutuksellinen suhde asiakkaaseen ja kartoittaa asiakkaan yksilöllinen

elämäntilanne sekä arvioida erilaisten sosiaalipalveluiden tarvetta. Vuorovaikutuksellisen suhteen luominen vaatii aikaa, ja se ei välttämättä kohtaa institutionaalisen ajan kanssa, joka ohjaa työntekijän työskentelyä. Institutionaalinen aika luo rajat siihen, kuinka paljon aikaa erilaisiin toimintoihin on käytettävissä, millä tavoin ajankäyttö määrittyy ja miten hoitopolut ajallisesti rakentuvat. Ajallisuus jäsentää toimijuutta myös asiakkuuden keston suhteen. Parhaimmillaan organisatoriset rajat tukevat asiakkaan toimijuutta. Tämä kuitenkin edellyttää asiakkaan ajan ja organisatorisen ajan välistä yhteensopivuutta, jolloin oikeat palvelut ovat saatavilla silloin, kun asiakas on itse niitä valmis hyödyntämään. (Leppälahti 2014, 40-41; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2013a, 261–271.)

Tällä vuosituhannella on palvelujärjestelmän rakenteita muokattu ja standardisoitu taloudellisen sekä teknisen tehokkuuden nimissä. Asiakasprosesseja on pilkottu, josta voi seurata, että asiakas kulkee ikään kuin liukuhihnalla työntekijältä toiselle sekä työryhmästä ja yksiköstä toiseen. Näissä rakenteissa luottamuksellista ja pitkäjänteistä asiakassuhdetta on vaikea luoda ja ylläpitää. Näin ollen asiakassuhteen psykologinen ja sosiaalinen jatkuvuus saattaa olla mahdottomuus. (Metteri, Valokivi & Ylinen 2014, 277.)

3 KOHTAAMISEN KULMAKIVET

3.1 Vuorovaikutus

Asiakastyössä vuorovaikutukseen voidaan orientoitua usealla eri tavalla. Toiminta vuorovaikutussuhteessa ei ole aina tietoista, vaikka kohtaamiseen yrittäisikin kiinnittää erityistä huomiota. Huomaamatta saattaa helposti sortua ylläpitämään kommunikaatiota, jossa eivät toteudu tasavertaisen vuorovaikutuksen periaatteet. Mönkkönen esittelee kolme erilaista vuorovaikutusorientaatiota, joita kutsutaan nimillä asiantuntijakeskeisyys, asiakaskeskeisyys ja dialogisuus. (Mönkkönen 2018, 30.)

Mönkkösen (2018) mukaan ammatillinen vuorovaikutussuhde on aina lähtökohdiltaan epäsymmetrinen sekä tiedollisella tasolla että vaikuttamisen mahdollisuuksissa. Valtaa lisää se, että toimitaan ammattilaisen hallinnoimassa toimintaympäristössä. Lisäksi asiantuntijuus tuo suhteeseen aina tietyn auktoriteettiaseman. (Em. 32–51.) Ammatillisella on lähtökohtaisesti enemmän valtaa, mutta myös enemmän vastuuta kuin asiakkaalla (Hänninen & Poikela 2016, 155). Asiakas yleensä luottaa siihen, että ammattilainen ratkaisee hänen ongelmansa, mikä saa työntekijän korostamaan omaa asiantuntemustaan. Vaarana on, että asiakkaan oma vastuu tilanteessa jää vähäiselle huomiolle tai hänelle ei tätä vastuuta anneta. Tällöin vuorovaikutuksesta voi tulla asiantuntijakeskeistä. Asiantuntijavalta voi ilmetä ei-kielellisenä, sanattomana viestintänä. Toisinaan asiantuntijakeskeinen positio on jopa välttämättömyys tai itsestäänselvyys. Tällaisessa tapauksessa työntekijällä on sellaista asiantuntijuutta, jota hänen odotetaan käyttävän, ja saattaisi olla jopa eettisesti arveluttavaa jättää asiantuntijatieto käyttämättä. Tässäkin tilanteessa tulisi kuitenkin pyrkiä dialogisuuteen ja vastavuoroiseen vuorovaikutussuhteeseen. (Mönkkönen 2018, 59–73.)

On tärkeää, että molempien puolien ääni tulee kuuluville ja ajatuksia kehitellään yhdessä. Asiantuntijuus ei näin ollen palaudu työntekijän ominaisuudeksi, vaan tärkeäksi nousee asiakkaan ja työntekijän välisessä vuorovaikutuksessa rakentuva tieto, jossa asiantuntijuus jaetaan. (Jokinen 2016, 139.) Vuorovaikutusosaaminen vaatimuksena on ammattilaisen ymmärrys vuorovaikutussuhteista ja kykyä kommunikoida asiakkaiden

kanssa tavalla, jossa yhteisen tiedon on mahdollista sulautua osaksi yhteistä tietoa. Asiakkaan ihmisarvoinen kohtaaminen vaatii taitoa kohdata erilaisuutta sekä vaikeita ja vaativia tilanteita eettisesti kestäväällä tavalla, ongelmien ratkaisua edistävällä otteella. (Mönkkönen 2018, 59–73.)

Tutkimusten mukaan asiakkaat arvostavat ammattitaidon lisäksi työntekijässä sellaisia piirteitä kuin empaattinen, ymmärtävä, lämmin, ystävällinen, kiltti, mukava, huomaavainen, tarkkaavainen ja avulias. Edelleen arvostetaan sitä, että työntekijä on myös aidosti kiinnostunut ja aidosti sitoutunut asiakkaan hoitoon. Näiden työntekijän ominaisuuksien kautta koetaan syntyvän emotionaalinen ilmapiiri, joka lisää asiakkaiden luottamusta työntekijään. (Denhov & Topor 2011; Kokko 2004; Oltedal ym. 2003; Siponen & Välimäki 2003) Yhteistyösuhdetta auttavaan työntekijään verrataan joskus ystävyyssuhteeseen. Denhovin ym. tutkimuksessa vastaajat kokivat yhteistyössuhteen ammattilaisen kanssa auttavammaksi, koska asiakkaan ei tarvitse keskittyä työntekijän ongelmiin ja yhteistyössuhde on luottamuksellinen. Lisäksi työntekijä ei ole mukana asiakkaan sosiaalisessa verkostossa ja työntekijällä on kärsivällisyyttä sekä asiantuntemusta. Vastaajat kokivat myös, että he voivat tukeutua työntekijään enemmän kuin ystävään. (Kokko 2004; Denhov & Topor 2011.)

Mönkkösen (2018) mukaan järjestelmä luo aina tietyt reunaehdot vuorovaikutuskäytännöille. Vaikka nykyisin tiedostetaan ettei avoin vallankäyttö ole sopivaa, voi joskus organisaatio ylläpitää toimintakulttuuria, jossa työntekijän on mahdoton etsiä rohkeasti uusia ratkaisuja. Itsestään selvää ei ole enää asiantuntija-auktoriteettien kunnioittaminen asiakkaillekaan. Monissa julkisissa organisaatioissa on tavoitteena vähentää byrokratiaa ja kehittää palveluja asiakkaalle joustavammaksi, mutta hierarkisen toimintakulttuurin perinne saattaa kuitenkin elää vielä pitkään työntekijöiden puhetavoissa, organisoitumisen tavoissa tai johtamisessa. Asiantuntijakeskeisyys ei tule aina näkyvästi esille, vaan se voi olla kätkeytynä siihen tapaan, jolla vuorovaikutusta jäsennetään sekä niihin asioihin, joista asiakkaalle puhutaan. Asiantuntemukseen liittyä valtaa, ja valta-asema ilmenee sanomattomassa viestinnässä. On tärkeää tunnistaa vallan hienovaraisia muotoja, jotka ilmenevät myös ei-kielellisenä, sanattomana viestintänä. Ne ovat ammatillisten instituutioiden toimintakulttuurin ytimessä, ja niitä saatetaan ylläpitää,

vaikka hoitomuodot muuttuisivatkin ajan saatossa. (Em. 63–65.) Metteri (2012, 137) kuvaa tutkimuksessaan byrokraattis-tekniistä ja järjestelmäkeskeistä toimintatapaa, joka viittaa toisaalta järjestelmän ja organisaation jäykkyyteen ja tilanteiden tarkasteluun enemmän byrokraattisen järjestelmän kuin palveluja tarvitsevan asiakkaan näkökulmasta.

Asiakaskeskeisen orientaation lähtökohtana on asiakkaan valinnanvapauden korostaminen sekä asiakkaan näkeminen oman elämänsä parhaana asiantuntijana. Nämä seikat ovat tärkeitä auttamistyössä. Vaarana kuitenkin on, että työntekijänä asennoituminen on liian varovainen ja myötäilevä, jolloin molempien todelliset voimavarat jäävät hyödyntämättä. Pelkästään kuuntelijan roolissa oleva työntekijä ei uskalla ottaa omaa rooliaan ammattilaisena, vastuullisena toimijana tai ei rohkene laittaa omaa asiantuntemustaan peliin. (Mönkkönen 2018, 81–104.) Jokisen (2016) mukaan vastavuoroisuus perustuu kuulluksi tulemiseen. Vuorovaikutuksen kannalta oleellista on, että työntekijä osoittaa kuuntelevansa aktiivisesti esimerkiksi nyökkäämällä tai katsekontaktilla. (em. 2016, 145.) Asiakasnäkökulman huomioonottaminen ei tarkoita, ettei työntekijä voi olla vuorovaikutuksessa aktiivinen osapuoli. Asiakkaan aseman esiinnostamisella on ollut tärkeä merkitys asiakastyölle. Ammatillisessa auttamissuhteessa työntekijä on kuitenkin ensisijaisesti sosiaalityön profession edustaja ja asiakas sosiaalityön apua tarvitseva. Olennaista on pyrkiä jaettuun asiantuntijuuteen, jossa asiakasta ei nähdä ainoastaan toimenpiteiden kohteena vaan kanssatoimijana. (Mönkkönen 2018, 81–104; Jokinen 2016, 142.)

Asiakas tuo prosessiin elämäntuntemuksensa, omat elämäntarpeensa ja kykynsä toimia. Tältä voimavarapohjalta asiakkaan ja hänet kohtaavan työntekijän tulisi löytää yhteisymmärrys siitä, mikä lisää asiakkaan hyvinvointia parhaalla mahdollisella tavalla. Vuorovaikutuksen rooli asiakaslähtöisyydelle on yhteisen ymmärryksen muodostuminen, jolle konsensus palveluprosessista voidaan rakentaa. (Ahonen ym. 2011, 22–29.) Romakkaniemen (2014) tutkimuksessa ihmisten kokemus ymmärretyksi ja kuulluksi tulemisesta loi edellytykset yhteistyösuhteen syntymiselle ja samalla herätti toivoa selviytymisestä. Kokemus siitä, että heidät otettiin todesta ja heitä kuunneltiin aidosti, edesauttoi kuntoutumista. (Em. 139–140.) Toporin ja Denhovin (2011) tutkimuksessa asiakkaat kuvaavat ei vain psykiatrisia oireita, vaan myös ongelmia

huonossa itsetunnossa ja negatiivisessa omakuvassa, hyödyttömyyden tunnetta ja häpeää psykiatrisesta sairaudesta. Auttava (helping) työntekijä näyttää pystyvän välittämään asiakkaalle tunteen, ettei hän ole vain potilas vaan tavallinen ihminen. Johanssonin ja Eklundin (2003) mukaan psykodynaamisia orientaatioita tai tekniikoita ei koeta negatiivisesti, jos niihin liittyy lämmin ja tukea antava asenne.

Dialogisuudella tarkoitetaan pyrkimystä yhteisen ymmärryksen syntymiseen sekä kykyä edesauttaa vuorovaikutuksen etenemistä siihen suuntaan. Yksi dialogisuuden merkittävä elementti on vastavuoroisuus, jossa kaikkien osapuolten on tarkoitus päästä rakentamaan tilannetta ja vaikuttamaan yhteiseen matkaan. Asiakassuhteessa tämä merkitsee sitä, että suhde nähdään molemminpuolisen ymmärryksen muodostamisena ja jossa edetään molempien ehtoja kunnioittaen. Täydelliseen yhteisymmärrykseen on kuitenkin lähes mahdotonta päästä, koska osapuolten tulkintaan tilanteesta vaikuttavat aina omat kokemukset, henkilöhistoria ja tilanteen luomat edellytykset. Asiakastyön vuorovaikutuksessa tulisikin pyrkiä ja tyytyä molempien hyväksymän yhteisymmärryksen syntymiseen. Työntekijällä tulee kuitenkin olla rohkeutta tulla pois omalta mukavuusalueelta, jotta uutta ja yhdessä tuotettua tietoa voi syntyä. Dialogisen työskentelyn mahdollisuus onkin juuri siinä, että työntekijä voi kohdata asiakkaan avoimesti erilaisine toiveineen, näkemyksineen ja tulevaisuuden odotuksineen, eikä niiden tarvitse olla työntekijän hallinnassa. (Mönkkönen 2018, 107–117.) Romakkaniemen ja Kilpeläisen (2013b) tutkimuksesta nousee esiin luottamuksellinen yhteistyösuhde, jonka muodostumisessa keskeistä on kokemus nähdyksi tulemisesta. Asiakkaiden yksilölliset tilanteet ja muuttuvat tuen tarpeet edellyttävät kohtaamiselta herkkyyttä.

Kinnunen (2013) on tutkinut pro gradu -tutkielmassa Seinäjoen keskussairaalan sosiaalitoimen asiakkaiden tyytyväisyyttä saamiinsa terveyssosiaalityön palveluihin. Tulosten mukaan vuorovaikutus sosiaalityöntekijän kanssa koettiin pääosin hyväksi. Asiakkaiden mielipiteet otettiin huomioon ja he tunsivat olevansa tasavertaisia sosiaalityöntekijän kanssa. Asiakkaan asioihin paneutuminen sai kokonaisarvosanan hyvä, heikointa se oli psykiatriassa. (Em. 70–75.) Ilman luottamuksellista suhdetta ei synny oikeutusta dialogiselle kohtaamiselle. Molempien osapuolien on koettava suhde

luottamukselliseksi, jotta avoin vuorovaikutussuhde voi toteutua. Avoimen ja luottamuksellisen suhteen syntyminen vaatii aikaa, sillä erityisesti asiakastyössä siihen sisältyy myös oikeutus ottaa kantaa. Dialogisessa suhteessa ihminen nähdään alati muuttavana, tietoisena toimijana. (Mönkkönen 2018, 114–117.) Denhovin & Toporin (2011), Kokon (2004) ja Barakin ym. (2001) tutkimukset korostavat myös hyvän vuorovaikutuksen merkitystä. Asiakkaat kokevat, että parhaimmillaan hyvä vuorovaikutussuhde työskentelee heidän edukseen. Hyvän vuorovaikutussuhteen syntymiseen tarvitaan aikaa, ja parhaimmillaan se on luottamuksellista ja tukea antavaa kommunikaatiota työntekijän kanssa. Oltealin ym. (2007) tutkimuksen mukaan asiakkaat eivät luota työntekijään, joka on liian nopea. Tämä herättää asiakkaissa tunteen, että tulkinat ja johtopäätökset on tehty liian hätäisesti. Ajalla on myös merkitystä potilaan luottamuksen syntymiseen työntekijän ammattitaitoa kohtaan. Kokon (2004) tutkimuksessa vastaajat luottivat työntekijöihin asiantuntijoina ja kokivat, että mielenterveystyö on hyvää silloin, kun asiantunteva työntekijä työskenteli heidän parhaakseen. Luottamus työntekijän osaamiseen ilmeni myös siinä, että työntekijän omien käsitysten esiin tuominen koettiin tärkeänä.

3.2 Osallisuus kokemuksena

Osallisuus on käsitteenä laaja ja se ulottuu sekä ihmisten että yhteiskunnan eri osueille. Niemelä (2009) kuvaa ihmistä toiminnallisena olentona, mikä tekee hänestä samalla yhteisöllisen ja yhteiskunnallisen toimijan. Ellei ihminen voi toteuttaa itseään, omaa olemustaan ja sitä vastaavaa toimintaa, on vaarana että hän saattaa vieraantua itsestään, omasta elämästään ja koko yhteiskunnasta. Toiminnan puute johtaa ulkopuolisuuden ja osattomuuden kokemuksiin. (Em. 2009, 190–191.) Osallisuus arjessa ilmenee parhaiten kun ihminen kokee kuuluvansa johonkin yhteisöön, jossa tulee kuulluksi ja nähdyksi. Tätä voi kuvata omakohtaisena ja voimaannuttavana kokemuksena. Toisiaan kunnioittavassa ja kuuntelevassa yhteisössä voidaan havaita osallisuuden elementtejä, ja kansallisella tasolla se on demokratian kulmakivi. Kokemus ja tietoisuus muutoksen mahdollisuudesta lisää osallisuuden kokemusta. (Aalto-Kallio, Koskinen-Ollonqvist, Nikula & Rouvinen-Wilenius 2011, 50.)

Tarkastelen seuraavaksi kirjallisuuden kautta osallisuutta, joka keskittyy erityisesti mielenterveysasiakkaiden osallisuuden kysymyksiin, koska mielenterveyden häiriöt usein vaikuttavat osallisuuteen. Masennus merkitsee usein muutosprosessia, jonka kuluessa ihmiset vetäytyvät sosiaalisista rooleista sekä osallisuudesta oman yhteisön ja elinympäristön toimintaan. Ihmiset etäännyvät juuri niistä asioista, joita he tarvitsevat kuntoutuakseen, kuten sosiaalisia suhteita, harrastuksia, opiskelua tai työtä. Tämä merkitsee työntekijälle vaatimusta erityiseen sensitiivisyyteen ja itsemääräämisoikeuden vaalimista asiakkaan aseman ja toimijuuden vahvistamiseen. (Romakkaniemi 2014, 138; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2013a, 253.)

Laitila (2010) on väitöskirjassaan tarkastellut osallisuutta. Aineisto on kerätty haastattelemalla mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjiä. Tulosten mukaan asiakaslähtöisyys toteutuu kolmella eri tasolla: organisaatioiden toiminnassa, asiakkaan ja työntekijän välisessä yhteistyösuhteessa ja yksittäisen työntekijän kohdalla. Organisaation rakenteilla, esimiestyöskentelyllä ja hyvinvoivalla työyhteisöllä voidaan tukea asiakaslähtöistä toimintaa. Riittävät henkilöstöresurssit edesauttavat siinä, että vastaanottotyössä on enemmän aikaa. Suurempi työyhteisö mahdollistaa työntekijän vaihdon, jos yhteistyö ei suju. Toinen asiakaslähtöisyyden toteutumisen taso oli asiakaslähtöinen yhteistyösuhde. Yhteistyösuhteen perustana on asiakkaan ja työntekijän aito kohtaaminen ja vuorovaikutus. Suhteeseen liittyvät tasa-arvoisuus, ihmisarvon kunnioittaminen, yksilöllisyys ja joustavuus. Kolmas taso on asiakaslähtöisesti työskentelevän ammattilaisen taso. Asiakkaat arvostivat työntekijässä oikeaa asennetta, osaamista sekä läheistä suhdetta työntekijän kanssa. (Em. 155–161.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa asioivasta kansalaisesta on tullut retorisesti asiakas. Asiakaslähtöisellä toiminnalla ja dialogisella työskentelyotteella voidaan tukea asiakkaan osallisuutta. Asiakasosallisuus voidaan määritellä seuraasti: ”asiakasosallisuus tarkoittaa, että asiakas osallistuu aktiivisesti palvelun suunnitteluun, järjestämiseen, tuottamiseen, kehittämiseen ja/tai arviointiin”. Asiakkaiden oikeudesta osallisuuteen on säädetty useissa laeissa, kuten kuntalaki ja laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Uudistetut lait korostavat entistä enemmän

asiakkaiden asiakasosallisuutta sekä asiakaslähtöisyyttä. Asiakas-käsitteen käyttäminen terveydenhuollossa ei ole ongelmatonta, koska sisältö vaihtelee tilanteesta ja käsitteen käyttäjästä toiseen, erityisesti silloin kun se yhdistetään tahdonvastaisiin toimiin. Tahdonvastaisuus kumoaa aina asiakkuuden syvimmän olemuksen. Myös potilassuhde lähestyy kansalaisen näkökulmasta luonteeltaan asiakassuhdetta. Osallisuus on enemmän kuin osallistuminen ja edellyttää lähtökohtaisesti, että asiakkaalla on jonkinlainen vaikutus palveluprosessiin. Ne eroavat myös siinä, kuinka paljon asiakas osallistuu päätöksentekoon. Jos asiakas vaikuttaa vain välillisesti omiin palveluihinsa, on osallisuus silloin näennäistä. (Leemann & Hämäläinen 2015; Valkama 2012, 80–91.) Osallisuutta omaan hoitoon voidaan luonnehtia vaikuttamisen ja osallistumisen mahdollisuutena. Ideaalitulanteessa asiakas osallistuu omien kykyjensä ja voimavarojensa mukaan hoidon aloittamista, suunnittelua ja jatkohoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Laitila 2010, 139.)

Aktiivinen osallistuminen lisää osallisuutta, sosiaalista pääomaa ja tyytyväisyyttä palveluihin. Osallisuuden toteutuminen edellyttää palveluilta riittäviä resursseja ja oikea-aikaisuutta. Kokon (2004) tutkimuksessa mukana olleet asiakkaat peräänkuuluttivat riittäviä resursseja, koska ilman niitä hyvä mielenterveystyö ei ole mahdollista. Ongelmien koettiin olevan sen luonteisia, että ne vaativat riittävän määrän työntekijöitä ja palvelujen helpon saatavuuden. Denhovin ja Toporin (2011) tutkimuksen mukaan aika on tärkeä tekijä luottamuksellisen suhteen syntymiselle. Vastaajat kokevat tarvitsevansa aikaa, jotta voivat luottaa työntekijään. Toisaalta myös työntekijä tarvitsee aikaa oppiakseen tuntemaan asiakkaan. Uuden ja tuntemattoman työntekijän kohtaaminen tarkoittaa, että asiakkaan on kerrottava tarinansa uudelleen tietämättä kuinka se vastaanotetaan, ja tämä aiheuttaa asiakkaille ylimääräistä stressiä. Kinnusen (2013) tutkimuksen mukaan kaikilla toiminta-alueilla koettiin, ettei sosiaalityöntekijän tapaamiseen oltu varattu tarpeeksi aikaa. Tuloksista ei selvinnyt tarkoittivatko vastaajat useampia tapaamiskertoja vai pidempää tapaamisaikaa. Tulos kuitenkin vahvistaa sitä, että psykososiaalisen tuen antaminen on tärkeä osa terveyssosiaalityötä. (Em. 70–75.)

Romakkaniemen ym. (2013b) tutkimuksessa teemoina ovat pysähtyminen ja oikea-aikaisuus. Tutkimuksessa mukana olleet naiset kuvaavat masennusta pysähtyneeksi tilanteeksi, jossa usko itseen ja oman elämän hallintaan ovat kadonneet. He kokivat

kuitenkin, että voimavarat on mahdollista löytää uudelleen, jos he saavat riittävästi aikaa työstää elämäänsä. Pysähtymisen kohtia nähtiin arjessa, mutta niitä toivottiin myös palveluilta. Kyky käsitellä ja kohdata asioita on henkilökohtainen ja etenee siinä järjestyksessä minkä he itse kokevat mahdolliseksi. Ihmisten oikea-aikaisuus ja rakenteiden määrittämä oikea-aikaisuus eivät aina kohtaa, koska rakenteet tekevät ratkaisuja, jotka eivät odota. Näin pysähtymisen tila kapeutuu ja kuntoutuminen ei ole oikea-aikaista. Naiset korostavat tiedon ja oikea-aikaisuuden suhdetta.

Joillakin mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttäjillä on elämänvaiheita ja tilanteita, joissa taidot, kyky tai motivaatio osallisuuteen ovat heikot. Aktiivista osallisuutta ja toimijuutta mielenterveys- ja päihdepalveluissa voivat rajoittaa myös niihin liittyvät negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot sekä leimautumisen pelko. On luotava lisää vaihtoehtoisia osallistumistapoja, koska jokaiselle täytyy löytyä soveltuva keino osallistua henkilön niin halutessa. Asiantuntijuus omien asioiden hoidossa on arvokasta, minkä vuoksi jokaisen omakohtaisia voimavaroja on tuettava. (Valkama 2012, 90; Laitila 2010, 170–171.) Siposen ja Välimäen (2003) tutkimuksessa kuusikymmentäviisi prosenttia asiakkaista kokee, että heidän mielipiteensä hoidosta on otettu huomioon hyvin tai erittäin hyvin. Viisikymmentäseitsemän prosenttia kokee, että heillä on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa hoitosuunnitelmaansa. Johanssonin & Eklundin (2003) tutkimuksessa asiakkaat kokevat tärkeäksi yhteisen ymmärryksen työntekijöiden kanssa heidän ongelmistaan. Tähän päästään, jos asiakas saa kertoa ongelmistaan ja vaikuttaa tätä kautta hoitoon. Samalla asiakkaat kokevat, että heidän autonomiansa ja itsenäisyytensä säilyy. Awaran & Faseyn (2008) tutkimuksen mukaan asiakkaille tulisi antaa suurempi rooli ja enemmän tilaa heidän omassa asiassaan. Kolmekymmentäkolme prosenttia asiakkaista on sitä mieltä, että työntekijät ajattelevat aina tietävänsä paremmin kuin asiakas.

Asiakkaan oman osallisuuden lisäksi Oltegalin ym. (2007) ja Kokon (2004) tutkimukset korostavat perheen osallisuuden merkitystä hoidossa. Kokon (2004) tutkimuksen mukaan asiakkaat kokevat auttavaksi tekijäksi yhteistapaamiset perheen kanssa. Perheenjäsenet ja omaiset toivottiin mukaan pohtimaan sairastumiseen vaikuttaneita tekijöitä, sekä saamaan tietoa sairaudesta, koska sen koettiin lisäävän perheenjäsenten ymmärrystä

asiakasta kohtaan. Myös Oltegalin ym. (2007) mukaan asiakkaiden positiivista kokemusta vahvistaa se, miten työntekijä huomioi perheen.

Valkaman (2012) mukaan asiakkaan palveluista tulisi nykyretoriikan mukaan muodostua yhtenäinen ja selkeä palvelupolku. Rikkonaisuutta polkuun tuottaa työnjaon selkiytymättömyys eri organisaatioiden välillä sekä monitoimijuus. Myös asiakas-käsitteen sisällölliset vaihtelut eri toimijoiden välillä ovat haasteellisia asiakkaan näkökulmasta. Normatiivisesti rakentuvat palvelujärjestelmät jättävät helposti huomioimatta asiakkaan yksilöllisyyden, voimavarojen vaihtelut sekä tarpeen olla osallisena omassa hoidossa ja kuntoutumisessa. Tapahtumat ovat merkityksellisiä ja ainutlaatuisia kuntoutujalle, mutta palvelujen tuottajille ne näyttäytyvät osana laajempaa asiakaskuntaa. (Em. 77–79.) Laitila (2010) näkee, että palvelujärjestelmämme on siirtymässä tai ainakin sillä olisi mahdollisuus siirtyä kohti osallistavampaa mallia. Yksittäisen asiakkaan kohdalla osallisuus voi toteutua osallistumisena oman hoidon tai kuntoutuksen suunnitteluun ja päätöksentekoon. Laajemmin osallisuus tarkoittaa palveluiden kehittämistä ja järjestämistä esimerkiksi kokemusasiantuntijuuden avulla. (Em. 170) Valkaman (2012) tutkimuksen mukaan vastaajat kokivat, että he pystyivät parhaiten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa vaikuttamaan henkilökohtaisiin omiin palveluihinsa. Kohtaamisen dialogisuus ja kuulluksi tuleminen tunne lisäsivät tunnetta valinnanmahdollisuudesta. (Emt. 85.)

Olen jakanut teoriaosuudessa kohtaamisen elementit vuorovaikutukseen ja osallisuuteen. Asiakkaan kohtaamisessa nämä kuitenkin usein limittyvät, ja niitä on vaikea erotella. Laitila (2010) nimeää osallisuuden lähikäsitteiksi muun muassa asiakaslähtöisyyden, joka toteutuu asiakkaan ja työntekijän välisessä vuorovaikutuksessa. Asiakaskeskeinen ja dialoginen vuorovaikutussuhde edellyttää asiakkaan mielipiteen kuulemistä ja huomioimista. Näillä tuetaan asiakkaan osallisuutta. Voidaankin sanoa, että osallisuus edellyttää asiakkaan huomioon ottavaa vuorovaikutusta, ja asiakkaan huomioon ottava vuorovaikutus edellyttää osallisuutta. Nämä elementit siis toteutuvat harvoin toisistaan irrallaan. Aikaisempiin asiakkaille tehtyihin tutkimuksiin tutustuessani ne nousivat asiakkaille tärkeinä teemoina. Valitsin vuorovaikutuksen ja osallisuuden teemat omaan tutkimukseeni, koska ne usein jäävät toteutumatta ihmisten kohdalla, jotka ovat sairauden

tai muun elämäntilanteen vuoksi muutoinkin haavoittuvia ja usein syrjäänvetäytyviä.
(Emt. 23.)

4 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TOTEUTUS

4.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset

Tutkimukseni tarkoitus on tutkia psykiatrian avohoidon potilaiden kokemuksia sosiaalityöstä psykiatriassa. Kohderyhmänä on HUS psykiatrian avohoidossa olevat mielialahäiriölinjan potilaat. Olen rajannut kohderyhmästä pois akuutti- ja psykoosilinjan, koska mielestäni sosiaalityö saa eri painotuksia riippuen potilaan hoitolinjasta. Psykoosilinjalla hoitosuhteet ovat luonteeltaan pitkäkestoisempia, kun taas akuuttilinjalla tehdään hoidontarpeen arvio, jonka jälkeen potilas siirtyy jatkohoitoon tai perusterveydenhuoltoon. Mielialahäiriölinjalla hoidetaan muun muassa kaksisuuntaista mielialahäiriötä, persoonallisuushäiriötä ja vaikeaa masennusta. Masennus on edelleen suurin yksittäinen syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Viime vuonna sen takia eläkkeelle jäi noin yhdeksän henkilöä päivässä (Pihlava 2018). Tutkimukseni on kvantitatiivinen, jossa aineisto kerätään suunnitelmallisesti kyselylomakkeilla, koska se on tehokas ja taloudellinen tapa kerätä tietoa silloin kun tutkittavia on paljon (Heikkilä 2014, 17). Pyrin tutkimuksellani tuottamaan uutta tietoa sosiaalityöntekijän ja asiakkaan kohtaamisesta erityisesti vuorovaikutuksen ja osallisuuden näkökulmasta. Kysymykset ja väittämät on laadittu aikaisemmin esittämäni teorian pohjalta, joka on esitelty luvussa (3) kohtaamisen kulmakivet.

Tutkimuskysymykseni ovat:

Millaisena asiakkaat kokevat osallisuutensa sosiaalityöntekijän tapaamisessa?

Millaisena asiakkaat kokevat vuorovaikutuksen sosiaalityöntekijän kanssa?

4.2 Aineisto

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS on jaettu sairaanhoitoalueisiin. Suurin näistä on HYKS-sairaanhoitoalue. HYKS Psykiatria on organisoitunut aiemman alueellisen organisoitumisen sijaan vuodesta 2015 sairausryhmäkohtaiseksi linjaorganisaatioksi. Linjoihin (8) Akuutti- ja konsultaatiopsykiatrian linja,

Mielialahäiriölinja, Psykoosi ja Oikeuspsykiatrian linja, Gero-, neuro- ja riippuvaisuuspsykiatrian linja sekä Nuorisopsykiatrian linja sekä IT-Psykiatria ja psykosisaaliset hoidot. Linjoille ohjaavana tekijänä on diagnostinen tai hoitotarpeiltaan muuten samankaltainen potilasryhmä. Lisäksi avohoidon toimintaa on keskitetty suurempiin poliklinikkakokonaisuuksiin. (HUS-tietoa 2019.)

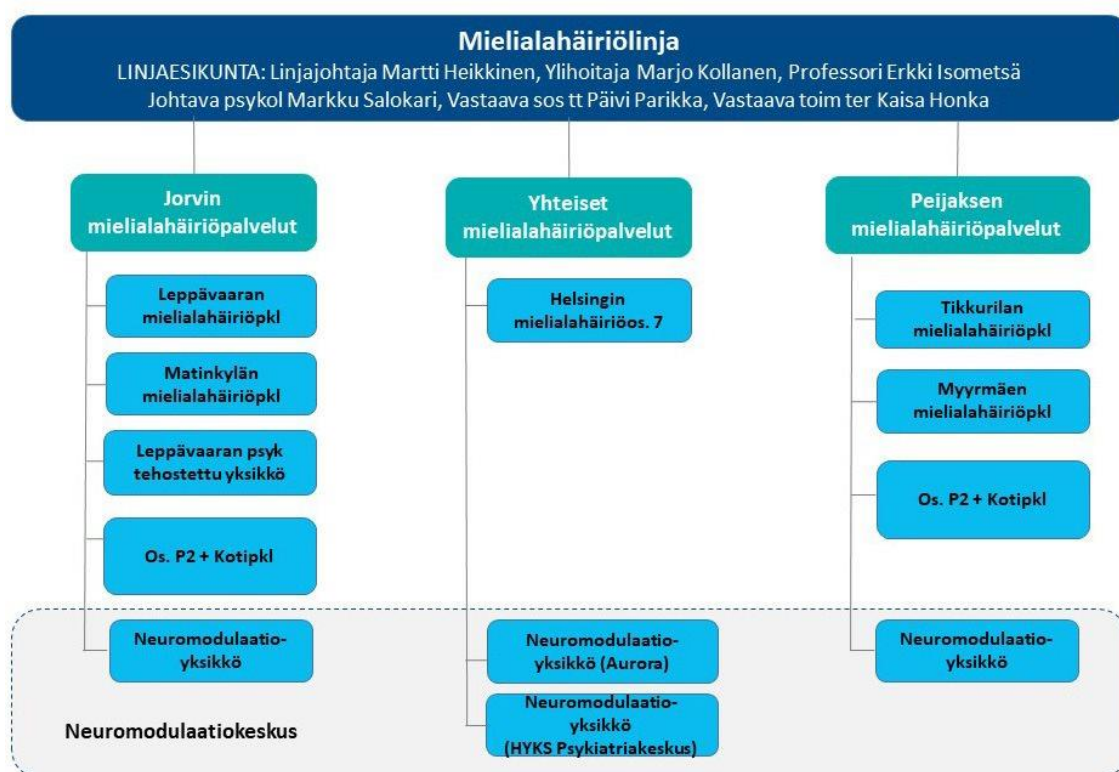
Vuoden 2019 alusta lähtien Psykiatrian tulosityksiköstä tuli HUS-laajuinen HUS Psykiatrian tulosityksikkö. Psykiatrian tulosityksikköön liittyivät alueellisina linjoina Länsi-Uusimaan psykiatria vuonna 2018 sekä Lohjan, Hyvinkään ja Porvoon sairaanhoitoalueiden psykiatria vuonna 2019. Sosiaalityöntekijät ovat sijoittuneet työskentelemään potilasryhmäkohtaisille ja alueellisille linjoille sekä osasto- että poliklinikkatyöhön. (HUS-tietoa 2019.)

Kunnalla tai kuntayhtymällä on vapaus määritellä kuinka palvelut järjestetään. Käytännössä tässä on isoja kuntakohtaisia eroja. Alla olevasta HUS psykiatrian mielialahäiriölinjan oranisaatiokuvasta voi nähdä, että Espoo ja Vantaa ostavat myös avohoidon palvelut sairaanhoitopiiriltä, kun taas Helsinki tuottaa ne pääsääntöisesti itse. Terveystieteiden lain 48 pykälän mukaan potilaalla on vapaus valita hoitopaikkansa julkisessa erikoissairaanhoidossa. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että Jorvin alueen poliklinikoilla ei ole pelkästään espoolaisia potilaita. Aineisto on kerätty Jorvin alueelta Matinkylän ja Leppävaaran mielialahäiriöpoliklinoilta sekä Peijaksen alueelta Tikkurilan ja Myyrmäen poliklinikoilta. Lisäksi yksi sosiaalityöntekijä toimii Keravan toimipisteessä, joka kuuluu organisatorisesti Tikkurilan poliklinikan alle. HUS mielialahäiriölinjan organisaatio on esitelty kuviossa 1 (s. 25). Poliklinikat ovat toimintoiltaan hyvin samanlaisia poliklinikoita. Potilaita näillä poliklinikoilla on yhteensä noin 3200 ja sosiaalityöntekijöitä kahdeksan. Sosiaalityöntekijä tapaa keskimäärin 44 potilasta kuukaudessa.

Tutkimus sai tutkimusluvan tammikuussa 2019 ja aineiston keruu päästiin aloittamaan helmikuussa. Poliklinikoiden sosiaalityöntekijöiden kanssa käytiin yksi skype-kokous tutkimuksen etenemisestä. Sosiaalityöntekijät kysyivät tapaamiltaan asiakkailta haluavatko he osallistua tutkimukseen ja täyttää kyselylomakkeen. Jos asiakkaat

vastasivat myöntävästi, heille annettiin kyselylomake, jonka he täyttivät odotustiloissa ja palauttivat niille varattuun laatikkoon. Otanta on kokonaisotanta ajalta 1.2–31.3.2019 jonka tarkoituksena oli tavoittaa kaikki sosiaalityöntekijöiden luona asioineet asiakkaat. Tutkimuksesta kieltäytyjiä ei laskettu, minkä vuoksi myöskään katoa ei voida laskea. Asiakkaille painotettiin että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, eikä se vaikuta heidän hoitoonsa millään tavalla. Kyselylomakkeen täytti ja palautti 93 asiakasta. Vastaajien määrä jäi odotettua alhaisemmaksi poliklinikan sosiaalityöntekijävajauksen vuoksi. Aineiston keruun ensimmäisen kuuden viikon aikana oli kolme sosiaalityöntekijän toimea täytämättä ja viimeisen kahden viikon aikana yksi. Sosiaalityöntekijöiden ja asiakkaiden tapaamisia oli siis huomattavasti pienempi määrä mitä tutkimussuunnitelmassa olin arvioinut. Yhdellä poliklinikalla viimeisen kahden viikon aikana myös hoitajat antoivat kyselylomakkeita niille asiakkailleen, jotka olivat hoidon aikana tervanneet sosiaalityöntekijän.

KUVIO 1. HUS MIELIALAHÄIRIÖLINJAN ORGANISAATIO.



(HYKS psykiatria mielialahäiriölinja toimintakertomus 2018)

4.3 Kyselylomakkeen rakenne

Kyselylomake (liite 1) muodostuu 24 kysymyksestä, joista kaksi on avoimia kysymyksiä, kahdeksan monivalintakysymyksiä ja loput Likertin asteikon mielipideväittämiä. Likertin asteikko on vastausasteikko, jolla on tässä tutkimuksessa mitattu 5-portaisesti vastaajan mielipidettä annettuihin väittämiin. Asteikon nimeämisessä olen pyrkinyt huolellisuuteen niin, että jokaiselle vastaajalle löytyy sopiva vastausvaihtoehto. Otin asteikkoon mukaan 0-vaihtoehdon, koska se sulkee pois niin sanotun pakkovastaamisen ongelman. (Valli, 2015, 36.) Kysymykset oli jaettu neljään kategoriaan, joita olivat tausta- ja asiakkuustiedot, sosiaalityöntekijän asiantuntemus ja oikea-aikaisuus, vuorovaikutus sosiaalityöntekijän kanssa sekä osallisuuden kokemus. Kategoriat muotoutuivat edellä olevan teorian ja aikaisemman tutkimustiedon pohjalta. Oman työkokemukseni perusteella ja mielialahäiriölinjan sosiaalityöntekijöiden kommenttien pohjalta lisäsin tausta- ja asiakkuustietoihin joitakin kysymyksiä.

TAUSTA- JA ASIAKKUUSTIEDOT

1. Sukupuoli
2. Ikä
3. Hoitosuhteen pituus tällä poliklinikalla
4. Toimeentulosi tällä hetkellä
5. Kuinka monta kertaa olet tavannut sosiaalityöntekijän?
6. Kenen ehdotuksesta tapasit sosiaalityöntekijän?
7. Minkälaiden asioiden merkeissä olet tavannut sosiaalityöntekijän?
8. Oliko sosiaalityöntekijä mukana suunnittelemassa kuntoutusta?
9. Muut asiakkuudet

SOSIAALITYÖNTEKIJÄN ASiantuntemus ja palvelun oikea- aikaisuus

- 15. Sosiaalityöntekijällä oli mielestäni riittävästi tietoa asiani selvittämiseksi
- 17. Suunnitelman laatimiseen varattiin riittävästi aikaa
- 18. Sain ajan sosiaalityöntekijälle silloin kun tarvitsin sitä
- 19. Sosiaalityöntekijällä oli riittävästi tietoa sairauden vaikutuksesta toimintakykyyni

VUOROVAIKUTUS SOSIAALITYÖNTEKIJÄN KANSSA

- 10. Sosiaalityöntekijän käytös oli ystävällistä ja huomaavaista
- 13. Koin keskustelutilanteen tasavertaisena
- 14. Sosiaalityöntekijä oli aidosti kiinnostunut tilanteestani
- 21. Pystyin puhumaan sosiaalityöntekijälle luottamuksellisesti kaikista asioistani
- 22. Sain sosiaalityöntekijältä ymmärrystä ja tukea

OSALLISUUDEN KOKEMUS

- 11. Sain esittää näkemykseni asiaan
- 12. Sosiaalityöntekijä syventyi asiaani kokonaisvaltaisesti
- 16. Mielipiteeni huomioitiin suunnitelmassa
- 20. Sosiaalityöntekijä huomioi perheeni / lapseni / lapseni

Strukturoituja monivalintakysymyksiä tarkennettiin vaihtoehdolla joku muu, mikä. Käyttämäni Likertin asteikon arvot ovat 0–5, jotka tarkoittavat seuraavia vastausvaihtoehtoja: 0 = en osaa sanoa, ei mielipidettä; 1 = erittäin paljon eri mieltä; 2 = eri mieltä; 3 = ei samaa eikä eri mieltä; 4 = samaa mieltä; 5 = erittäin paljon samaa mieltä.

Kysymyslomakkeen kysymysten sanamuodoissa olin pyrkinyt tarkkuuteen ja yksiselitteisyyteen niin että ne eivät ole johdattelevia (Valli 2018, 93). Huolellisen kysymysten laadinnan lisäksi kysymyslomake on testattu Koulutetut

Kokemusasiantuntijat ry:n viidellä jäsenellä, sillä halusin vielä varmistaa, että vastaajat ymmärtävät mitä olen tutkijana kysymyksillä tarkoittanut. Kysymyslomaketta muotoiltiin palautteen pohjalta. Kyselylomakkeen pituudeksi tuli neljä sivua.

4.4 Analyysi

Tutkimukseni sisältää pääasiallisesti kvantitatiivista aineistoa lukuun ottamatta avoimia kysymyksiä, jotka ovat kvalitatiivisia. Kvantitatiivinen tutkimus sopii hyvin yhteiskunnan tutkimukseen. Se perustuu yksittäisistä ihmisistä kerättyjen tietojen tilastolliseen analysoimiseen ja tässä mielessä yksittäisten ihmisten asioille antamiin merkityksiin, näitä merkityksiä tarkastellaan kuitenkin ryhmätasolla ei yksilätasolla. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan hankkia suurista kohdejoukoista kattavaa vertailukelpoista tietoa. Se pyrkii teoreettisiin ja tulosten tilastolliseen yleistämiseen johonkin perusjoukkoon. Tilastollinen analyysimenetelmä mahdollistaa systemaattisen ja sattuman vaihtelun erottamisen johtopäätösten tueksi. Kvantitatiivisen menetelmän vahva puoli on myös sen tehokkuus ja taloudellisuus, erityisesti silloin kun tarvitaan tietoa ison jouko mieleipiteistä, asenteista tai toiminnasta. (Raunio 1999, 216–217.) Kvantitatiivinen tutkimusote sopii hyvin, koska aikaisemman tutkimuksen puuttuessa tutkimukseni tavoite on kuvailla ja kartoittaa tämänhetkistä tilannetta (Heikkilä 2014, 14–15.)

Aloitan analyysin frekvenssijakaumilla, joka on yleensä ensimmäinen vaihe kun lähdetään analysoimaan kvantitatiivista aineistoa. Frekvenssillä tarkoitetaan havaintojen lukumäärää eli kuinka monta kertaa kukin yhden muuttujan vaihtoehto esiintyy aineistossa. (Metsämuuronen 2003, 452). Ristiintaulukoinnin avulla tulkiten muuttujien välistä jakautumista ja niiden välisiä riippuvuuksia. Ristiintaulukointi on menetelmänä havainnollinen, eikä se aseta muuttujien mittaustasolle ehtoja, kun huolehditaan siitä, ettei muuttujien arvoluokkia ei ole liikaa. (Heikkilä 2014, 174). Keskiarvovertailun avulla voin vertailla tutkittavien välisiä keskiarvoja toisiinsa. Nummenmaan (2004) mukaan tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että verrataan kahden eri ryhmän keskiarvoja toisiinsa. Oletuksena on, että jompaankumpaan ryhmään kuulumisen aiheuttaa eroja mitattavassa

ominaisuudessa. (Em. 161.) Viimeisenä analyysimenetelmänä käytän lineaarista regressioanalyysia, jonka avulla tutkin useamman selittävän muuttujan vaikutusta selitettävään muuttujaan.

Regressioanalyysia voidaan pitää yhteiskunta- ja ihmistieteiden parissa monimuuttujamenetelmien kulmakivenä. Regressioanalyysin etuna voidaan pitää sitä, että sillä on mahdollista tutkia monen selittävän muuttujan vaikutusta selitettävään muuttujaan. Se sisältää myös ajatuksen että vaikutusten välinen suhde on yksisuuntainen, jolloin suhde voidaan ymmärtää selittäväksi tai jopa kausaaliseksi. (Jokivuori & Hietala 2007, 35–40). Lineaarinen regressioanalyysi on monipuolinen ja joustava tapa tutkia muuttujien välisiä kausaalissuhteita. Se kuitenkin edellyttää että selitettävä muuttuja on vähintään välimatka-asteikollinen muuttuja. Luokittelu- ja järjestysasteikollisista selittävästä muuttujista olen tehnyt niin sanottuja dummy-muuttujia, jotta ne voitiin sisällyttää analyysiin. Regressioanalyysin käyttötapani on eksploraatiivinen, jossa ole lisännyt malliin kaikki asiaan mahdollisesti vaikuttavat muuttujat ja tutkin, mitkä niistä ovat tyytyväisyyden kannalta selitysvoimaisia. Ryhmittelyni perustuu kuitenkin tutkielman teoriaan, joten käyttötavassa on myös konfirmatorisia piirteitä. Käytännössä regressioanalyysin onnistunut käyttö onkin kompromissi konfirmatorisesta ja eksploratorisesta lähestymistavasta. Regressioanalyysi on tehty niin sanotulla pakottavalla tavalla, eli olen lisännyt siihen kaikki selittävät tekijät samaan aikaan. (Jokivuori & Hietala 2007, 35–43).

Kyselylomakkeen vastaukset ($N=93$) syötettiin SPSS for Windows -ohjelman datamatriisiin. Analyysissa lähdettiin liikkeelle muuttujien jakaumatarkastelusta. Monivalintakysymykset 3–9 sekä avoin kysymys 2 ovat taustakysymyksiä, joille laskettiin prosenttiosuudet. Asiakkaiden kokemuksia tapaamisen vuorovaikutuksesta ja osallisuudesta pyrittiin selvittämään Likertin asteikon 5-portaisilla väittämillä. Väittämien klusterointi perustuu edellä esitettyyn teoriaan ja tutkimuskysymyksiin. Ryhmiksi muodostui 1) asiantuntemus ja 2) oikea-aikaisuus, 3) vuorovaikutus ja osallisuus. Viimeinen kysymys, jolla selvitettiin asiakkaiden tyytyväisyyttä tehtyihin ratkaisuihin ja suunnitelmiin, jätettiin omaksi kysymykseksi. Ryhmien väittämistä laskettiin prosenttiosuudet ja keskiarvot.

Aineistoa luokiteltiin uudestaan niin että esimerkiksi ikäluokkia yhdistettiin, jotta ristiintaulukoinnin ehdot täyttyisivät. Solukohtaisten frekvenssien on oltava riittävän suuret, jotta ristiintaulukoinnin merkitsevyystestauksen oletukset täyttyvät. Uudelleen luokiteltuja taustakysymyksiä ja väittämiä ristiintaulukoitiin riippuvuuksien selvittämiseksi. Ristiintaulukoinnin tulokset eivät lopulta olleet tilastollisesti merkitseviä, joka tarkoittaa sitä, että taustamuuttujilla kuten esimerkiksi ikä ei ole yhteyttä osallisuuden kokemukseen sosiaalityöntekijän tapaamisessa. (Kirves 2013, 13–15).

Väittämistä tehtiin aikaisemman ryhmittelyn mukaisesti summamuuttujat. Asiantuntemus ja oikea-aikaisuus -summamuuttujan reliabiliteetti oli $\alpha = ,752$; $n = 93$. Vuorovaikutussummamuuttujan reliabiliteetti oli $\alpha = ,871$; $n = 93$ ja osallisuus summamuuttujan $\alpha = ,705$; $n = 93$. Taustamuuttujista uudelleen kaksiluokkaiseksi luokiteltiin sukupuoli- ja ikäluokka, hoitoajan pituus sekä sosiaalityöntekijän tapaamiskerrat. Uudelleenluokitelluilla taustamuuttujilla ja summamuuttujilla tehtiin keskiarvovertailuja kahden riippumattoman otoksen t-testillä. Tilastollisesti merkitseviä eroja ei tarkastettujen ryhmien välillä löytynyt, minkä vuoksi niitä ei ole raportoitu.

Vapaata palautetta antoi 17 vastaajaa ja se oli pääsääntöisesti positiivista. Palautteen analysoin käyttämällä sisällönanalyysia ja teemoittelua, jossa jaoin aineiston tutkimuksen pääteemojen mukaisesti ammatillisuuteen $n = 9$, vuorovaikutukseen $n = 5$ ja osallisuuteen $n = 3$. Elävöitän tuloksia sijoittamalla palautteen kvantitatiivisen analyysin tuottamien tulosten joukkoon.

4.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuus on verrannollinen mittarin luotettavuuteen, ja sitä on perinteisesti tarkasteltu validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Reliabiliteetti viittaa tutkimuksen toistettavuuteen ja tutkimuksen tarkkuuteen, eivätkä tulokset saa olla sattumanvaraisia. (Metsämuuronen 2005, 66; Heikkilä 2014, 28.) Tutkimukseni reliabiliteettia heikentää vastaajien alhainen määrä. Tavoitteenani oli saada minimissään

120 vastausta, mutta lopulta vastaajien määrä jäi 93 vastaajaan. Opintojeni etenemisen vuoksi ei aineiston keräämistä voinut enää jatkaa, minkä vuoksi otoksen koko on hyväksyttävä tutkimuksen luotettavuutta heikentävänä tekijänä. Sosiaalityöntekijät kysyivät kaikilta asiakkailtaan halukkuutta osallistua tutkimukseen. Jos asiakas kieltäytyi, ei hänelle annettu kyselylomaketta. Tämä vuoksi tutkimuksen katoa ei ole mahdollista laskea. Masennuksen oireisiin kuuluu sen vaikeusasteesta riippuen muun muassa keskittymiskyvyn puutetta, uupumusta, näköalattomuutta tulevaisuuden suhteen, psykomotorisia muutoksia ja itsetuhoisia ajatuksia tai tekoja. Oireet passivoivat usein asiakkaan osallisuutta ja vaikuttavat toimintakykyyn negatiivisesti. Tutkimukseen osallistuminen ja nelisivuisen kysymyslomakkeen täyttäminen vaatii melko hyvää toimintakykyä ja kiinnostusta ympäröiviä asioita kohtaan. Näin ollen voidaan olettaa, että tutkimuksen ulkopuolelle on jäänyt asiakkaita, joiden oireet ja toimintakyky eivät ole mahdollistaneet osallistumista. Sukupuolet jakautuivat melko tasaisesti, mutta selvästi aliedustettuina olivat yli 41-vuotiaat. Otos on iän ja toimintakyvyn osalta vino, minkä vuoksi tuloksia ei voi yleistää koskemaan kaikkia mielialahäiriöpoliklinikan asiakkaita.

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan mittauksen pätevyyttä eli mittarin kykyä mitata sitä mitä tutkimuksessa oli tarkoituskin mitata. Kysymys on siitä, kuinka tutkija on onnistunut operationalisoimaan teoreettiset käsitteet arkikielen tasolle ja kattavatko käsitteet riittävän laajasti kyseisen ilmiön. (Vilkka 2007, 150; Metsämuuronen 2005, 110.) Olen pyrkinyt perehtymään laajasti osallisuuden ja vuorovaikutuksen tematiikkaan erityisesti psykiatristen asiakkaiden näkökulmasta. Työkokemukseni psykiatrisessa avohoidossa ja kandidaatin tutkielmani ovat auttaneet teorian ja sitä kautta lomakkeen rakentamisessa. Lomake testattiin Kokemusasiantuntijat ry:n jäsenillä, jonka jälkeen siihen tehtiin vielä ehdotettuja muutoksia. Palautuneet vastauslomakkeet oli huolellisesti täytetty ja puuttuvia vastauksia ei juurikaan ollut. Tästä voi päätellä, että ilmeisesti kysymyslomakkeessa käytetty kieli on ollut ymmärrettävää ja kysely on ollut sopivan mittainen.

Tutkijan tulee noudattaa hyvää tutkijan ammattietiikkaa. Se tarkoittaa hyvää tieteellistä tapaa, joka määrittelee toiminnan suhteessa rahoittajiin, kollegoihin, toimeksiantajiin sekä tutkimuskohteeseen. Lisäksi siihen kuuluvat eettiset periaatteet kuten normit, arvot

ja hyveet. Nämä ovat keskeisiä erityisesti tutkimuksessa, jonka kohteena on inhimillinen elämä eri muodoissaan. Ammattietiikan lisäksi tutkijan on huomioitava voimassaoleva lainsäädäntö. (Vilkkä 2007, 89-91; Pohjola 2007, 17.) Tutkimukseni on ihmistieteisiin luettavaa tutkimusta, johon tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut eettiset periaatteet. Periaatteet on jaettu kolmeen osa-alueeseen: tutkittavan itsemäärämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuojat. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan eettiset periaatteet.) Näiden lisäksi myös HUS on laatinut omat ohjeistuksensa tutkijoille muun muassa salassapitovelvollisuudesta, tietojen käsittelystä ja riskien arvioinnista.

Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja perustua riittävään tietoon. Tutkittavia informoitiin saatekirjeellä, jossa pyrittiin mahdollisimman selkeästi kertomaan tutkimuksen käyttötarkoitus, luottamuksellisuus, vapaaehtoisuus ja julkaisutapa. Halutessaan tutkittavilla oli mahdollisuus saada tutkimuksesta lisätietoa tutkijalta, HUS yhteyshenkilöltä tai poliklinikan sosiaalityöntekijöiltä. Tutkittaville painotettiin, ettei tutkimukseen osallistuminen tai siitä poisjäänti vaikuta millään tavalla heidän hoitoonsa poliklinikalla. Tutkittavilta ei pyydetty erillistä suostumuslomaketta, vaan kyselylomakkeen palauttamisen katsottiin olevan osoitus halukkuudesta osallistua tutkimukseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.) Tutkimus kohdistui aikuispsykiatriaan, joten alaikäisiä ei tutkittavien joukossa ollut.

Tutkittavat täyttivät kyselylomakkeen vastaanottoaulassa ja palauttivat sen itsenäisesti tutkimukselle varattuun postilaatikkoon. Näin tutkittavat pystyivät syventymään kysymyksiin rauhassa ja säätelemään omaehtoisesti vastaamistaan vaikeisiin tai haitallisiksi kokemiinsa aiheisiin ja kysymyksiin. Eettisen toimikunnan lupaa ei tähän tutkimukseen tarvittu, koska tutkimuksessa ei kysytty terveyteen liittyviä asioita kuten esimerkiksi diagnoosia tai hoitoontulon syytä. Tutkimustulosten esittämisessä ja raportin kirjoittamisessa noudatan rehellisyyttä, avoimuutta ja kunnioittavaa puhetapaa. Huolellisen analyysin jälkeen esitän tulokset sellaisena kuin ne ovat, huomioiden tutkimuksen puutteet joita olen käsitellyt aikaisemmin tässä luvussa. (Piispa 2006, 149–150.)

Tutkittavilta kysyttiin sukupuoli ja ikä, mutta ei muita tunnistetietoja kuten esimerkiksi hoitopaikkaa tai diagnoosia. Tietosuoja-asetuksen 2016/79 päämääränä on, että tutkittavien henkilötietoja käsitellään turvallisesti ja vain siinä laajuudessa ja tarkoituksessa kuin se on tutkimuksella välttämätöntä (HUS pysyväisohje 11/2018, 3–4). Vastauksia ei käsitelty poliklinikoittain, vaan ne olivat yksi aineisto HUS mielialahäiriöpoliklinikoilta. Näin turvattiin vastaajien anonymiteetti, eikä henkilötietorekisteriä tarvinnut perustaa. Tutkijana säilytän vastauslomakkeet lukitus-tilassa tutkimuksen valmistumiseen saakka, jonka jälkeen ne hävitetään asianmukaisesti. Aineistoa ei käytetä jatkotutkimukseen.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Taustatiedot

Tässä luvussa esittelen vastaajien taustatietoja ja kuvailen niitä taulukoiden muodossa. Demografisten tietojen lisäksi tuon esiin hoitoon ja asiakkuuteen liittyviä tietoja kuten esimerkiksi hoitoajan pituus. Tulokset ovat merkityksellisiä, koska niistä voimme päätellä millaisen joukon tutkimus on tavoittanut. Tulokset esitän lukumäärällisesti ja prosentuaalisesti, sekä avaan keskeisimpiä tuloksia myös sanallisesti.

Taulukossa 1 (s. 36) kuvaa vastaajien taustatietoja. Naisia vastaajista oli hiukan enemmän, joka oli yllättävää koska ennakko-oletukseni oli että miesten osuus vastaajista jää huomattavasti pienemmäksi. Ikäryhmänä alle 41-vuotiaat muodostivat suurimman ryhmän. Yli kolmanneksella vastaajista hoitosuhde oli kestänyt alle kaksi vuotta sillä poliklinikalla, jossa he olivat hoidossa kyselyyn vastatessaan. Vastaajista ainoastaan noin kymmenes ilmoitti olevansa työsuhteessa tai opiskelevansa. Yli kolmannes vastaajista sai pääsääntöisen toimeentulonsa sairauspäivärahana tai kuntoutustukena. Kuntoutustuella olevia oli hieman enemmän. Vastaajista osa oli ilmoittanut kaksi etuutta, esimerkiksi työtön / sairauspäiväraha tai sairauspäiväraha / kuntoutustuki. Olen tulkinnut tämän niin, että vastaaja on odottanut päätöstä etuudesta, esimerkiksi työttömälle työnhakijalle on haettu sairauspäivärahaa, mutta päätös ei ole vielä tullut hakijalle. Merkillepantavaa on, että pieni osa vastaajista oli pelkän toimeentulotuen varassa tai kokonaan vailla toimeentuloa.

TAULUKKO 1. VASTAAJIEN TAUSTATIEDOT.

	<i>n</i>	%
Sukupuoli (<i>n</i>=93)		
Nainen	48	52
Mies	40	43
Joku muu	4	4
Ei halua kertoa	1	1
Ikä (<i>n</i>=93)		
-30	38	41
31-40	31	33
41-50	9	10
51-	15	16
Hoitosuhteen pituus (<i>n</i>=93)		
Alle 6 kuukautta	27	29
6 kuukautta – 2 vuotta	35	38
Yli 2 vuotta	27	29
En osaa sanoa	4	4
Sosioekonominen tausta (<i>n</i>=106)		
Työssä	3	3
Työtön	18	17
Opiskelija	7	7
Sairauspäiväraha	34	32
Kuntoutustuki	30	28
Pysyvä työkyvyttömyyseläke	8	7
Toimeentulotuki tai ei toimeentuloa	6	6

Taulukossa 2 kuvataan asiakkaiden ohjautumista sosiaalityöntekijän tapaamiseen, sekä tapaamiskertojen määrää. Lisäksi selvitettiin tapaamisten sisältöä ja muita asiakkuuksia.

TAULUKKO 2. ASIAKKUUTEEN LIITTYVIÄ TIETOJA.

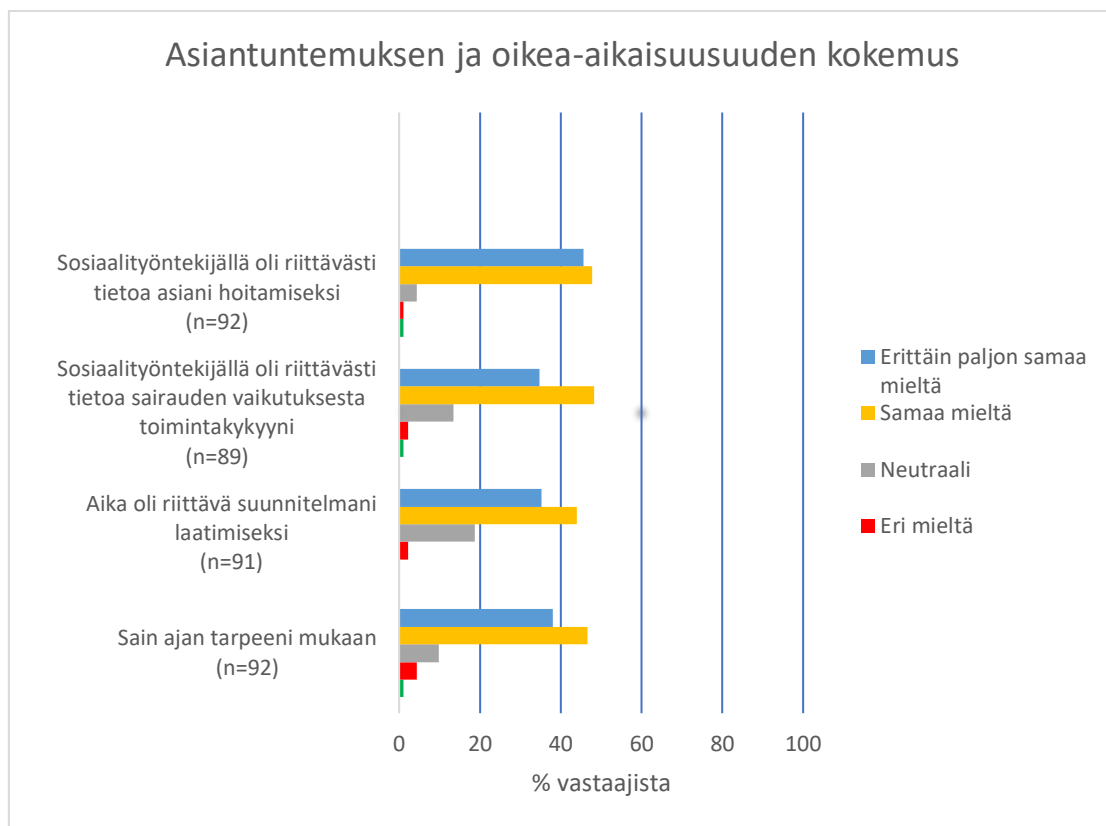
	<i>n</i>	%
Sosiaalityöntekijän tapaamiskerrat (<i>n</i>=93)		
-2 kertaa	34	37
3-10 kertaa	43	46
Yli 11 kertaa	16	17
Sosiaalityöntekijän tapaamiseen ohjautuminen (<i>n</i>=90)		
Omasta toiveesta	22	25
Lääkärin tai hoitajan ohjaamana	68	75
Sosiaalityöntekijän tapaamisen tarkoitus (<i>n</i>=207)		
Taloudelliset asiat	44	21
Lomakkeiden tai hakemusten täyttäminen	44	21
Perheeseen tai lapsiin liittyvissä asioissa	8	4
Kokonaistilanteen kartoittaminen	57	28
Kuntoutuksen suunnittelu	54	26
Sosiaalityöntekijän osallistuminen kuntoutukseen (<i>n</i>=76)		
Kyllä	54	71
Ei	22	29
Asiakkuudet muualla (<i>n</i>=58)		
Aikuissosiaalityö	32	55
Lastensuojelu	4	7
Te-toimisto	22	38

Tulosten perusteella näyttää siltä, että valtaosa sosiaalityöntekijän asiakkuuksista on keskoltaan alle 11 tapaamiskertaa, selvästi vähemmistöön jäi sitä pidemmät asiakkuudet. Eniten vastaajia oli ohjautunut sosiaalityöntekijän tapaamiseen muun hoitohenkilökunnan ohjaamana, vain alle kolmannes ilmoitti tapaamisen toteutuneen omasta toiveesta. Kuntoutuksen suunnittelu ja kokonaistilanteen kartoitus olivat suurimmat syyt sosiaalityöntekijän tapaamiseen. Tähän kysymykseen vastaajat olivat pääsääntöisesti valinneet vähintään kaksi vaihtoehtoa. Perheeseen tai lapsiin liittyvät asiat ovat jääneet huomattavasti muita syitä vähäisemmäksi. Todennäköisesti tässä vastaajaryhmässä on ollut paljon vastaajia, joilla ei ole esimerkiksi pieniä lapsia, ja näin ollen perheeseen liittyvät asiat eivät ole nousseet esille tapaamisessa. Noin kahdeksalle asiakkaalle kymmenestä oli suunniteltu kuntoutusta, ja suurimmalla osalla oli sosiaalityöntekijä mukana kuntoutuksen suunnittelussa. Vastaajista hieman yli puolet ilmoitti että heillä on asiakkuuksia myös muualla. Yli 90 % oli asiakkuuksia aikuissosiaalityössä ja te-toimistossa, sen sijaan lastensuojelussa asiakkuus oli vain alle kymmenellä prosentilla.

5.2 Asiantuntemus ja oikea-aikaisuus

Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa vuorovaikutuksen ja osallisuuden toteutumista sosiaalityön tapaamisessa. Aikaisemman tutkimuksen valossa sosiaalityöntekijän asiantuntemus ja tapaamisen oikea-aikaisuus edesauttavat toimivan vuorovaikutus suhteen syntymisessä ja asiakkaan osallisuuden toteutumisessa. Osallisuuden toteutuminen edellyttää muuan muassa palveluilta riittäviä resursseja ja oikea-aikaisuutta (Kokko 2004). Kuviossa 2 (s. 39) esitän asiantuntemusta ja oikea-aikaisuutta mittaavien väittämien prosenttijakaumat. Väittämien asteikko sijoittuu välille 1–5, jossa arvo 1 tarkoittaa erittäin paljon eri mieltä ja arvo 5 erittäin paljon samaa mieltä.

KUVIO 2. ASIAANTUNTEMUKSEN JA OIKEA-AIKAISUUDEN KOKEMUS.



Asiakkaat kokivat pääsääntöisesti, että sosiaalityöntekijällä oli hyvä asiantuntemus, jonka koettiin lisäävän luottamusta ja toiveikkuutta tulevaisuuteen. Kokon (2004) tutkimuksen mukaan ammattitaidon edellytyksenä on muun muassa koulutus ja kokemus sekä uskallus toimia myös silloin kun asiakkaan psyykkinen vointi heikkenee. Tapaamisen oikea-aikaisuus asiakkaalle arvioitiin hyväksi, mutta tässä kategoriassa oli myös tyytymättömiä vastaajia. Noin viisi prosenttia vastaajista koki, että sosiaalityöntekijän tapaaminen ei ollut toteutunut silloin kun he olisivat sitä tarvinneet. Vastaajista 75 % ohjautui sosiaalityöntekijän tapaamiseen lääkärin tai muun hoitohenkilökunnan ehdottamana. Frankenhaeuser ja Korpela (2014, 59; 2014, 109) ovat kuvanneet portinvartijuutta, jossa potilaan ohjautuminen sosiaalityöntekijän vastaanotolle on riippuvainen muun hoitohenkilökunnan taidosta havaita sosiaalityön tarve. Taulukossa 3 (s.40) esitän koetun asiantuntemuksen ja oikea-aikaisuuden keskiarvojen valossa.

TAULUKKO 3. KOETTU ASiantuntijuus sekä oikea-aikaisuus, keskiarvot ja keskihajonta.

	<i>n</i>	Keskiarvo	Keskihajonta
Sosiaalityöntekijällä oli riittävästi tietoa asiana hoitamiseksi	92	4,3	0,85
Sosiaalityöntekijällä oli riittävästi tietoa sairauden vaikutuksesta toimintakykyyni	89	3,9	1,16
Aika oli riittävä suunnitelman laatimiseksi	91	4,1	0,98
Sain ajan tarpeeni mukaan	92	4,2	0,95

Väittämien keskiarvoissa ei ole suuria eroja. Sosiaalityöntekijän riittävä tieto sairauden vaikutuksesta toimintakykyyn jäi hieman muita alhaisemmalle tasolle. Pääsääntöisesti näyttää kuitenkin siltä että asiakkaat ovat tyytyväisiä sosiaalityön asiantuntemukseen ja palvelun oikea-aikaisuuteen.

”X Poliklinikan sosiaalityöntekijä oli aivan mahtava ja työnsä osaava. Käynnistä jäi mieleen että kaikki onnistuu hyvin.”

”Kaikki tarvitsemani ongelmat ratkaistiin ja tulevaisuuden asiat saatiin kuntoon sosiaalityöntekijän kanssa.”

”Tapaamisesta jäi myönteinen olo ja se lisäsi toivekuuttani tulevaisuuden suhteen.”

Positiivissa palautteissa asiakkaat kiittivät sosiaalityöntekijän asiantuntijuutta ratkaista ongelmia. Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutusorientaatio puolustaa silloin paikkaansa kun työntekijällä on asiantuntijuutta, jota hänen odotetaan käyttävän. Ammatillisessa auttamissuhteessa työntekijä on ensisijaisesti sosiaalityön profession edustaja ja asiakas on sosiaalityön apua tarvitseva. Olennaista on kuitenkin pyrkiä jaettuun asiantuntijuuteen. (Hänninen & Poikela 2016, 155; Jokinen 2016, 143; Mönkkönen 2018, 59–73.) Toiseksi asiakkaat kokivat, että sosiaalityöntekijä on kyennyt herättämään uskoa tulevaisuuden

suhteen. Romakkaniemen (2014) tutkimuksessa asiakkaan kokemus ymmärretyksi ja kuulluksi tulemisesta herätti toivoa selviytymisestä ja edesauttoi kuntoutumista.

”Erittäin tarvittava palvelu.”

” On hyvä että tällaista apua on saatavilla.”

”Jos sosiaalityöntekijä / terapeutti vaihtuu usein, niin aina hyvin ongelmallista. Myös usein sattunut, että ns. kemiat eivät vain kohtaa ja tällöin asiakkaan ymmärtäminen ja mahdollinen tilan vakavuus jää helposti täysin epäselväksi usein myös täysin vääräksi.”

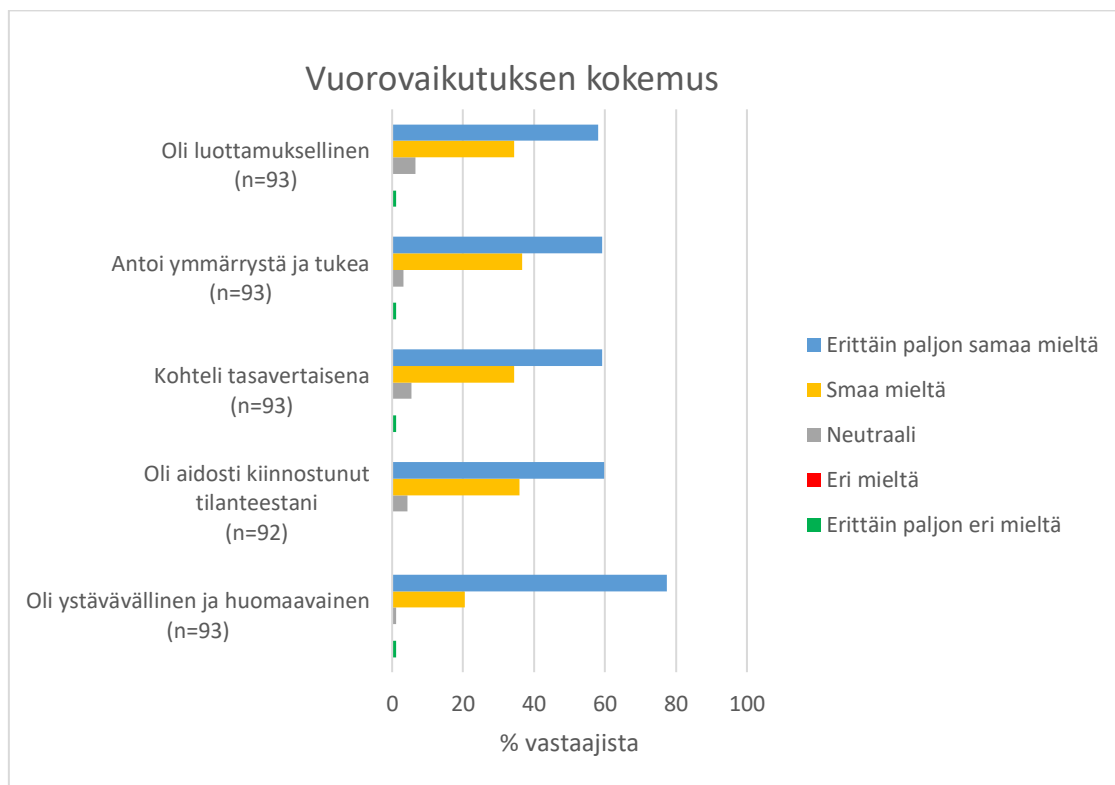
”30-50 v. jotka eivät kuulu mihinkään erityisryhmään. On tarjolla melko vähän palveluja ja näitä joudutaan kissojen ja koirien kanssa etsimään. Laihoihin tuloksin.”

Henkilöstön vaihtuvuus sekä palveluiden puutte sai kritiikkiä avoimessa palautteessa, palvelun tarpeellisuutta korostettiin. Laitilan (2010) tutkimuksen mukaan organisaation rakenteilla, esimiestyöskentelyllä ja hyvinvoivalla työyhteisöllä voidaan tukea asiakaslähtöistä toimintaa. Tällä vuosituhannella on palvelujärjestelmän rakenteita muokattu ja standardisoitu taloudellisen ja teknisen tehokkuuden nimissä. Metteri, Valokivi ja Ylinen (2014) kuvaavat tilanteita, joissa asiakasprosesseja on pilkottu niin pieniin osiin, että asiakas saattaa kulkea ikään kuin liukuhihnalla työntekijältä toiselle tai työryhmästä ja yksiköstä toiseen (em. 277). Toporin ym. (2011) tutkimuksen mukaan asiakkaalle uuden ja tuntemattoman työntekijän kohtaaminen tarkoittaa, että asiakkaan on kerrottava tarinansa uudelleen tietämättä kuinka se vastaanotetaan, ja tämä aiheuttaa asiakkaille ylimääräistä stressiä. Vaarana on myös, että jotkut asiakasryhmät jäävät palveluiden ulkopuolelle, he eivät ikään kuin kuulu kenenkään erikoisalaan ja osaamiseen. Työnjaon selkiytymättömyys eri organisaatioiden välillä ja monitoimijuus tuottavat rikkonaisuutta asiakkaan palvelupolkuun (Valkama 2012, 89).

5.3 Vuorovaikutus

Tutkimukset korostavat hyvän vuorovaikutuksen merkitystä ja parhaimmillaan se on luottamuksellista sekä tukea antavaa kommunikaatiota työntekijän kanssa. (Denhov & Topor 2011; Kokko 2004; Barak ym. 2001). Asiakkaan kokemaa vuorovaikutusta sosiaalityöntekijän kanssa pyrittiin selvittämään viiden väittämän avulla. Vastaaaja arvio väittämiä asteikolla 1–5, jossa arvo 1 tarkoittaa erittäin paljon eri mieltä ja arvo 5 erittäin paljon samaa mieltä. Esittelen tulokset prosenttijakaumina kuviossa 3.

KUVIO 3. VUOROVAIKUTUKSEN KOKEMUS.



Vastaajat kokivat vuorovaikutuksen sosiaalityöntekijän kanssa erinomaiseksi, eikä eriäviä mielipiteitä juurikaan ollut. Koetun vuorovaikutuksen väittämien vastauksissa oli myös muita vähemmän neutraaleja vastauksia. Tulosten perusteella sosiaalityöntekijän ja asiakkaan tapaamisessa toteutui asiakaskeskeinen vuorovaikutusorientaatio. Sosiaalityöntekijä oli aidosti kiinnostunut asiakkaan tilanteesta ja kohteli häntä tasavertaisesti, kunnioittaen näin asiakkaan asiantuntijuutta omassa elämässään. Avoin

vuorovaikutussuhde edellyttää luottamuksen tunnetta molemmilta osapuolilta (Mönkkönen 2018, 114–117). Asiakkaat kokivat että sosiaalityöntekijä oli ystävällinen ja huomaavainen sekä antoi ymmärrystä ja tukea. Tulosten perusteella näyttää siltä, että asiakkaat pystyvät puhumaan sosiaalityöntekijälle luottamuksellisesti asioistaan. Taulukossa 4 esitetään koetun vuorovaikutuksen keskiarvot ja keskihajonnan..

TAULUKKO 4. KOETTU VUOROVAIKUTUS, KESKIARVO JA KESKIHAJONTA.

	<i>n</i>	Keskiarvo	Keskihajonta
Oli luottamuksellinen	93	4,5	0,72
Antoi ymmärrystä ja tukea	93	4,5	0,67
Kohteli tasavertaisena	93	4,5	0,70
Oli aidosti kiinnostunut tilanteestani	92	4,6	0,75
Oli ystävällinen ja huomaavainen	93	4,7	0,59

Vuorovaikutuksen keskiarvot ovat erinomaisia ja sijoittuvat lähelle arvoa viisi, joka oli asteikon paras vaihtoehto. Myös keskiarvojen valossa voidaan sanoa että vastaajat kokivat saavansa ymmärrystä ja tukea, tasvertaisuus toteutui ja ilmapiiri oli luottamuksellinen. Vielä hieman paremmaksi vastaajat kokivat sosiaalityöntekijän ystävällisyyden ja aidon kiinnostuksen.

”Mukava ja erittäin ystävällinen sosiaalityöntekijä. Auttoi ja tuki!”

”Kiitos empaattisesta avusta, jota sain.”

”Sosiaalityöntekijän tuki ja apu on todella tärkeä kuntoutumisen etenemisessä.”

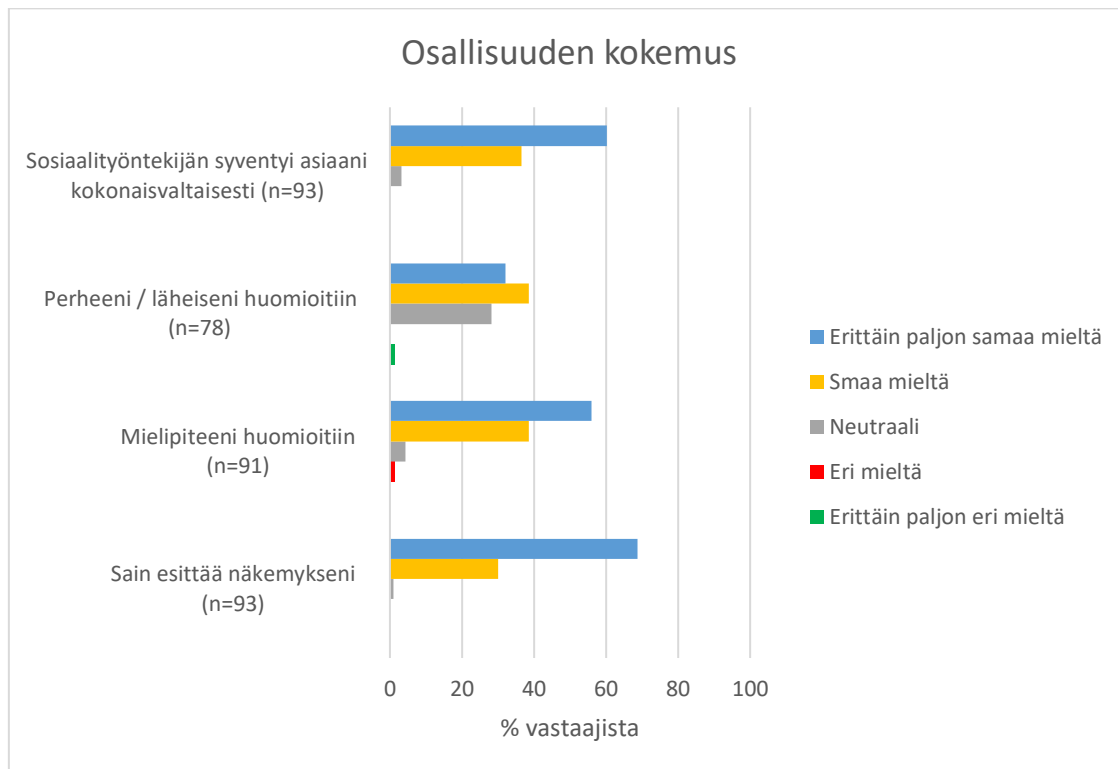
Sosiaalityöntekijän apu ja tuki mainittiin kolmessa vapaassa palautteessa, kahdessa kiiteltiin sosiaalityöntekijän empaattisuutta ja ystävällisyyttä, joiden kautta syntyy aikaiseman tutkimuksen mukaan emotionaalinen ja luottamuksellinen ilmapiiri. (mm.

Denhov ym. 2011; Kokko 2004; Johansson ym. 2003). Yksi henkilö antoi negatiivista palautetta siitä, että sosiaalityöntekijä kysyy asioita, jotka eivät ole sosiaalityöntekijän asiantuntemuksen piirissä vaan kuuluvat hoitotyöhön. En aukikirjoita varsinaista sitaattia, koska haluan suojella asiakkaan anonymiteettia. Palaute on esimerkki siitä kuinka asiakkaan kanssa ei olla päästy dialogiseen vuorovaikutukseen, joka on edellytys luottauksellisen suhteen syntymiselle. Dialogisuuden yksi tärkeimmistä elementeistä on vastavuoroisuus, ja asiakassuhteessa tämä merkitsee sitä, että suhde nähdään molemminpuolisen ymmärryksen muodostamisena ja siinä edetään molempien ehtoja kunnioittaen. (Mönkkönen 2018, 107–117.)

5.4 Osallisuus

Mielenterveyden häiriöt vaikuttavat osallisuuteen usein negatiivisesti. Masennus saattaa merkitä vetäytymistä sosiaalisista rooleista, osallisuudesta omaan yhteisöön sekä elinympäristöön. Tämän vuoksi työntekijältä vaaditaan asiakkaan aseman ja toimijuuden vahvistamista. (Romakkaniemi 2014, 138; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2013a, 253.) Vastaajan kokemaa osallisuutta on tutkittu neljän väittämän avulla, joiden asteikko sijoittuu välille 1–5, jossa arvo 1 tarkoittaa erittäin paljon eri mieltä ja arvo 5 erittäin paljon samaa mieltä. Esitän tulokset kuviossa 4 (s. 45) prosenttijakaumina.

KUVIO 4. OSALLISUUDEN KOKEMUS.



Terveys- ja sosiaalityön lähtökohtana oleva kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä, näyttäisi toteutuvan näiden tulosten valossa hyvin. (Linden 1999, 55). Vastaajista lähes kaikki kokivat, että sosiaalityöntekijä syventyi heidän asiaansa kokonaisvaltaisesti, negatiivisia vastauksia ei ollut. Perheen ja läheisten huomioimisen koettiin hyväksi, mutta tämän kysymyksen kohdalla oli eniten vastaajia, jotka olivat jättäneet vastaamatta kysymykseen ja joilla ei ollut mielipidettä asiaan. Yhteensä nämä ryhmät olivat 44 % vastaajista, joten vain vähän yli puolella oli mielipide asiasta. Tulosten mukaan vastaajat kokivat että heillä oli mahdollisuus esittää oma näkemyksensä ja mielipiteensä, joka huomioitiin. Vaikka osallisuus on enemmän kuin osallistuminen ja edellyttää lähtökohtaisesti, että asiakkaalla on jonkinlainen vaikutus palveluprosessiin, voi yksittäisen asiakkaan kohdalla osallistuminen omaan hoitoon tai kuntoutukseen toteuttaa osallisuutta. (Leeman & Hämäläinen 2015; Laitila 2010.) Taulukko 5 (s. 46) kuvaa osallisuuden keskiarvot ja keskihajonnan.

TAULUKKO 5. OSALLISUUDEN KOKEMUS, KESKIVARVO JA KESKIHAJONTA.

	<i>n</i>	Keskiarvo	Keskihajonta
Sosiaalityöntekijä syventyi asiaani kokonaisvaltaisesti	93	4,6	0,56
Perheeni ja läheiseni huomioitiin	78	4	1,67
Mielipiteeni huomioitiin	91	4,5	0,91
Sain esittää näkemykseni	93	4,7	0,49

Keskiarvojen valossa asiakkaiden osallisuus sosiaalityöntekijän tapaamisessa näyttää toteutuvan hyvin. Asiakkaan tilanteeseen kokonaisvaltaisesti perehtyminen, kuunteleminen ja asiakkaan mielipiteen huomioiminen luo osallisuutta. Johanssonin ym. (2003) mukaan yhteiseen ymmärrykseen työntekijän ja asiakkaan välillä voidaan päästä kun asiakas saa kertoa ongelmistaan ja vaikuttaa sitä kautta hoitoon. Samalla asiakkaat kokevat, että heidän autonomiansa ja itsenäisyytensä säilyy.

”No en nyt tiie, Verve-mestaan lähti hakemus, et siellä mietitään luultavasti seuraavaksi...”

Osallisuutta omaan hoitoon voidaan luonnehtia vaikuttamisen ja osallistumisen mahdollisuutena. Edellisestä sitaatista on luettavissa, ettei vastaaja oikein tiennyt miten hänen asiansa etenee tai millaiseen jatkohoitoon hän on menossa. Vaikuttaa myös siltä, ettei asiakas itse ollut aktiivisesti mukana hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa. Joillakin palvelujen käyttäjillä voi kuitenkin olla tilanteita tai elämänvaiheita, joissa taidot, kyvyt tai motivaatio osallistua omaan hoitoon tai päätöksentekoon on alentunut. On luotava vaihtoehtoisia osallistumistapoja ja löytää soveltuvia keino osallistua, koska asiantuntijuus omien asioiden hoidossa on arvokasta. (Valkama 2012, 90; Laitila 2010, 170–171.)

”Hoito on kokonaisvaltaista ja lähes täydellistä! Olen saanut paljon tukea ja työkaluja eheytymiseen!”

Asiakas kuvaa kokemusta kokonaisvaltaisesta lähes täydellisestä yhteistyöstä, joka on mielestäni hyvä esimerkki siitä kuinka psyykkinen ja sosiaalinen kulkevat käsi kädessä. Terveyssozialityön erityisosaamista on huomioda asiakkaan sairaus ja sen mukana tuomat toimintakyvyn rajoitteet. Tämä vaatii asiakkaan aitoa ja kokonaisvaltaista kohtaamista. Palvelujen ja kuntoutuksen suunnittelu etenee käsi kädessä hoitosuunnitelman kanssa, huomioiden moniammatillisesti muiden ammattiryhmien interventiot. Vaikka sosiaalityöntekijät eivät anna niin sanottua terapiaa, on sosiaalityöntekijän psykososiaalisen tuki tärkeä osa terveyssozialityötä (Kinnunen 2013, 70–75).

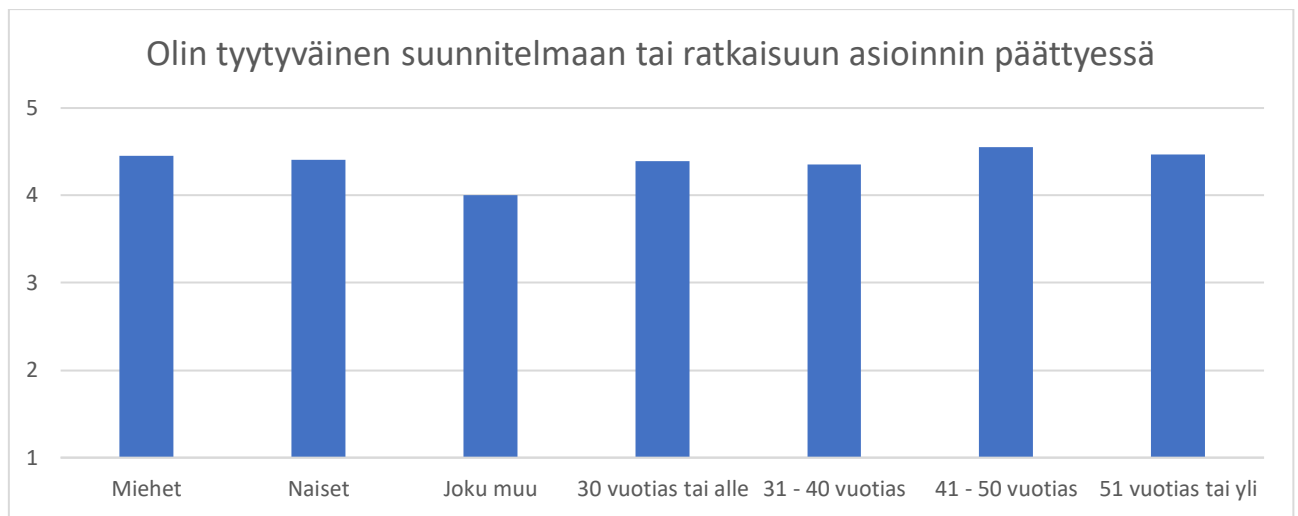
”Hyvää vuorovaikutteista keskustelua sosiaalityöntekijän kanssa, jota kuvaa yksi sana: kiitollinen=)”

Sitaatissa asiakas kuvaa vuorovaikutteista keskustelutilannetta, jossa kumpikin osapuoli on ollut aktiivinen. Vastavuoroisuus perustuu kuulluksi ja nähdyksi tulemiseen. Asiakas tuo prosessiin rohkeasti oman elämäntuntemuksensa ja sosiaalityöntekijä ammattitaitonsa, ja näin päästään rakentamaan tilannetta, jossa kumpikin on osapuoli vaikuttaa yhteiseen matkaan ja lopputulokseen. Asiakas ei ole vain toimenpiteiden kohde vaan kanssatoimija. (Jokinen 2016, 142–145; Mönkkönen 2018, 81–117.) Kohtaamisen dialogisuus ja kuulluksi tuleminen tunne lisäävät tunnetta valinnanmahdollisuuksista (Valkama 2012, 85).

5.5 Tyytyväisyys asioinnin päättyessä

Kysymyslomakkeen viimeisellä väittämällä selvitettiin vastaajien tyytyväisyyttä saavutettuun lopputulokseen tai tehtyihin ratkaisuihin asioinnin päättyessä. Väittämän asteikko sijoittuu välille 1–5 niin, että arvo 1 tarkoittaa erittäin paljon eri mieltä ja arvo 5 erittäin paljon samaa mieltä. Tulokset esitän kuviossa 5 (s. 48) pylväsdiagrammina sukupuolen ja iän mukaan jaoteltuna.

KUVIO 5. TYYTYVÄISYYS LOPPUTULOKSEEN.



Tulosten mukaan naisten ja miesten välillä ei ole suurtakaan eroa, mutta sukupuolivaihtoehto joku muu on antanut arvosanan 4 ja jää näin tyytyväisyydessä alhaisemmalle tasolle. Kun tyytyväisyyttä tarkastellaan ikäluokkien kautta huomataan, että yli 41-vuotiaat ovat olleet tyytyväisimpiä, vaikka erot ovatkin hyvin pieniä. Kaikkien vastaajien ($n=93$) tyytyväisyyden keskiarvoksi tuli 4,43 (SD ,64). Viisi vastaajaa ei osannut sanoa mielipidettään.

5.6 Regressioanalyysi

Seuraavaksi siirryn regressioanalyysin tuloksiin. Pyrin löytämään regressiomallin avulla tekijöitä, jotka ovat yhteydessä koettuun tyytyväisyyteen: Vaikuttavatko taustamuuttujat, tapaamisessa koettu osallisuus, vuorovaikutus tai sosiaalityöntekijän asiantuntemus ja oikea-aikaisuus koettuun lopputulokseen tyytyväisyydestä? Esittelen taulukossa 6 (s. 49) tilastollisesti merkitsevät tulokset.

TAULUKKO 6. TYYTYVÄISYYS LOPPUTULOKSEEN, LINEAARINEN REGRESSIOANALYYSI.

Ennustajat	B	beta
Sosiaalityöntekijällä oli riittävästi tietoa asiani selvittämiseksi.	0,243	0,277***
Sain sosiaalityöntekijältä ymmärrystä ja tukea.	0,353	0,375***
Sosiaalityöntekijä syventyi asiaani kokonaisvaltaisesti	0,368	0,327***
R	0,557	
F	37,305	
N	93	

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Regressiomallin selitysaste on 56% eli kaikki selittäjämuuttujat yhdessä selittävät tämän verran asiakkaan tyytyväisyyttä lopputulokseen. Selitysastetta voidaan pitää jo erittäin hyvänä. F-testin on tarkoitus kertoa voidaanko valituilla muuttujilla ylipäättään selittää tyydyttävän lopputuloksen vaihtelua. F-testin tulos ($p < 0,000$) on erittäin merkitsevä, eli ennustajat selittävät tyytyväisyyttä lopputulokseen. Vahvimmin asiakkaan tyytyväisyyttä lopputulokseen selittää sosiaalityöntekijän kokonaisvaltainen syventyminen asiaan. Edellisen kanssa melkein yhtä vahva tyytyväisyyden kokemuksen selittäjä on sosiaalityöntekijältä saatu ymmärrys ja tuki. Sosiaalityöntekijän riittävä tieto selittää kolmanneksi parhaiten tyytyväisyyttä lopputulokseen. Kaikkien selittävien tekijöiden tulokset olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p < 0,001$). Selittävät muuttujat korreloivat selitettävän muuttujan kanssa, mutta ovat varsin riippumattomia toisistaan tolerance-arvo < 1 ja VIF-arvo > 1 . Tulosten perusteella näyttää siltä, että ne asiakkaat jotka, ovat kokeneet sosiaalityöntekijän työskentelyotteen kokonaisvaltaiseksi, ammatillisuuden riittäväksi ja kohtaamisen empaattiseksi, ovat olleet tyytyväisiä

suunnitelmaan asioinnin päättyessä. Vaikka analyysi tuotti syy-yhteyksiä selitettävän ja selittävien muuttujien välille, eivät vaikutussuhteet ole kausaalisia syy-seuraus-suhteita. (Jokivuori & Hietala 2007, 42).

Regressiomalliin valitut dummy-muuttujiksi koodatut taustamuuttujat kuten sukupuoli- ja ikäluokka, sekä hoitoajan pituus ja käyntikerrat sosiaalityöntekijän luona eivät tuottaneet tilastollisesti merkitseviä tuloksia ($p > 0,05$). Taustamuuttujat kuten esimerkiksi ikä, ei siis selitä koettua tyytyväisyyttä sosiaalityöntekijän kanssa tehtyihin ratkaisuihin tai suunnitelmiin.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tutkimuksen tavoite ja rajoitukset

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää psykiatrisen avohoidon asiakkaiden kokemuksia terveyssosiaalityöstä psykiatriassa. Erityisesti haluttiin selvittää kuinka asiakkaat kokevat vuorovaikutuksen ja osallisuuden sosiaalityöntekijän tapaamisessa. Lisäksi tarkasteltiin asiakkaan kokemusta sosiaalityöntekijän asiantuntemuksesta ja tapaamisen oikea-aikaisuudesta. Kohderyhmänä oli HUS alueen avohoidossa olevat mielialahäiriölinjan asiakkaat.

Tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen, minkä vuoksi vastausten määrän minimitalvoitteeksi asetettiin 120 vastaajaa, tavoitetta ei saavutettu. Kyselylomakkeita palautui tutkijalle 93 kappaletta. Lomakkeet olivat huolellisesti täytettyjä ja voitiin näin ottaa mukaan analyysiin. Vapaata palautetta antoi 19% vastaajista. Varsinaista katoa ei voitu laskea, koska kyselylomakkeita ei jaettu kaikille sosiaalityöntekijöiden tapaamille asiakkaille, vaan ainoastaan niille, jotka tutkimuksen esittelyn jälkeen olivat motivoituneita vastaamaan. Voidaan olettaa, että näillä motivoituneilla vastaajilla oli melko hyvä toimintakyky sekä kiinnostus osallistua tutkimukseen ja näin vaikuttaa palveluiden kehittämiseen. Oletettavaa on myös, että tutkimukseen on osallistunut asiakkaita, jotka tunnollisesti toteuttavat hoitohenkilökunnan heille antamat tehtävät ja noudattavat niin sanotun ”kiltin potilaan” roolia.

6.2 Sosiaalityön asiakkaat

Analyysi aloitettiin kuvailemalla taustatietoja. Naisia on enemmän psykiatrisessa avohoidossa kaikissa yli 18-vuotiaiden ikäluokissa (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2018.) Tämän vuoksi ennako-odotukseni oli, että miesten osuus vastaajista jää huomattavasti pienemmäksi. Miehiä vastaajista oli 43 %, joten he olivat osallistuneet tutkimukseen lähes yhtä aktiivisesti kuin naiset. Ikäjakautuksessa merkillepantavaa oli se, että 30-vuotiaita tai alle oli vastaajista melkein 41 %, joten tulosten perusteella näyttää siltä, että nuorisotakuun mukaisesti nuoret huomioidaan erityisesti psykiatrian

sosiaalityössä. Nuorisotakuu tuli voimaan vuonna 2013 ja velvoitti eri sektoreiden toimijoita ja viranomaisia huomioimaan erityisesti koulutusta vailla olevat alle 25-vuotiaat ja kaikki työttömäksi joutuneet alle 30-vuotiaat nuoret. Juha Sipilän hallituksen aikana nuorisotakuuta on kehitetty yhteisötakuun suuntaan, mutta perusajatus on sama: ehkäistä nuorten syrjäytymistä. (Nuorisotakuu 2019.) Huoli eurooppalaisten nuorten syrjäytymisestä on ollut näkyvänä teemana myös Euroopan parlamentissa. Mielenterveyden ongelmat liittyvät usein syrjäytymiseen ja voivat olla sekä syrjäytymisen syitä että seurauksia. Sairastuminen saattaa aiheuttaa syrjäytymistä koulutuksesta, sosiaalisesta ympäristöstä, työstä, harrastuksesta tai muusta mielekkäästä tekemisestä. (Sutelan ym. 2016, 30 muk.) HUS mielialahäiriölinjan sosiaalityö on linjannut nuorisotakuun piiriin kuuluvat nuoret kohderyhmäksi, joiden hoitoon sosiaalityö osallistuu ensisijaisesti. Toinen ryhmä on alle 40-vuotiaat, johon sosiaalityö kiinnittää erityistä huomiota varhaisen eläköitymisen ehkäisemiseksi. (Hyks psykiatria mielialahäiriölinjan sosiaalityö 2018.) Vastaajista 31–40 -vuotiaita oli 33 %. Tämän tutkimuksen valossa näyttää siltä, että mielialahäiriölinjan sosiaalityö on huomionnut hyvin nuorisotakuun piirissä olevat ja varhaisen eläköitymisen riskissä olevat asiakasryhmät, joita vastaajissa oli yhteensä 74 %.

Vastaajista vain 11 % ilmoitti olevansa työssä tai päätoiminen opiskelija. Muut vastaajat olivat sairauspäivärahalla, kuntoutustuella, pysyvällä työkyvyttömyyseläkkeellä, työttöminä tai vailla mitään tuloja. Tulos kertoo sen, että psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden sairaus on niin vaikea, että se aiheuttaa työkyvyttömyyttä ja työmarkkinoilta tipahtamista ainakin väliaikaisesti. Sosiaalityöntekijän on huolehdittava, että myös tässä tilanteessa asiakkaan taloudellinen toimeentulo on turvattu asianmukaisilla sosiaalietuuksilla. Lähes puolet vastaajista oli ilmoittanut tapaamisen syyksi taloudelliset asiat tai hakemusten ja lomakkeiden täyttäminen. Asiakkaat näyttävät siis tarvitsevan myös tällaista konkreettista tukea ja apua. Hieman yli puolella asiakkaista oli asiakkuus myös aikuissosiaalityössä, te-toimistossa tai lastensuojelussa. Tutkimustulosten valossa näyttäisi siltä, että psykiatrisessa avohoidossa on merkittävä määrä asiakkaita, jotka täyttävät sosiaalihuoltolain erityistä tukea tarvitsevan henkilön tunnusmerkit. Sosiaalihuoltolain mukaan erityistä tukea tarvitsevilla henkilöllä ja asiakkaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia hakea ja saada

tarvitsemiaan sosiaali- ja terveyspalveluja kognitiivisen tai psyykkisen vamman tai sairauden, päihteiden ongelmakäytön, usean yhtäaikaisen tuen tarpeen tai muun vastaavan syyn vuoksi, ja jonka tuen tarve ei liity korkeaan ikään siten kuin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annettuun lakiin (980/2012) on säädetty. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. 3§.)

Yhteistyö eri toimijoiden kanssa ja verkostotyö ovat tärkeitä silloin kun asiakkaalla on useita eri viranomais- tai hoitotahoja ympärillään. Kuntien säästöpainet ja palveluiden pirstaloituminen näkyvät terveysosiaalityössä asiakkaiden eriarvoistumisena. Sosiaalityöntekijä on usein asiakkaan asianajoroolissa muihin toimijoihin nähden. (Pylväs 2003, 80.) Terveysosiaalityöntekijän erityisosaamista psykiatriassa on kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä sekä erityinen asiantuntemus psykiatrisista sairauksista, niiden oireista ja hoidosta (Savolainen 2017; Metteri 2014). Tätä erityisosaamista on hyödynnettävä silloin kun tuetaan asiakkaan itsenäistä selviytymistä tai suunnitellaan asiakkaan kuntoutumispolkua. Vastaajista noin 80 % ilmoitti, että heille on suunniteltu kuntoutusta, ja lähes kaikilla oli suunnitellussa mukana sosiaalityöntekijä. Terveysosiaalityön paikasta on keskusteltu kiivaasti, viimeksi sote-uudistuksen yhteydessä. On väläytelty ajatusta, että terveysosiaalityötä ei tällaisenaan tarvita, vaan sosiaalityö voi tapahtua kunnan sosiaalitoimessa. Mielestäni tämä tutkimus osoittaa, kuinka monenlaista erityisosaamista, aikaa ja asioihin paneutumista psykiatriset asiakkaat tarvitsevat. Kansantaloudellisesti ja inhimillisesti mitattuna tilanne on kestämaton, jos asiakkaat syrjäytyvät ympäröivästä yhteiskunnasta.

Vastaajat jotka kokivat, että sosiaalityöntekijällä oli riittävästi tietoa asiakkaan asian ratkaisemiseksi, olivat tyytyväisimpiä lopputulokseen. Riittävä tieto asian ratkaisemiseksi edellyttää sosiaalityöntekijältä hyvää ammattiosaamista, johon tarvitaan monenlaista tietoa ja tietämystä. Sosiaalityöntekijällä tulee olla laaja sosiaaliturvan tietämys, joka painottuu erityisesti psykiatristen asiakkaiden sosiaalivakuutuksen ymmärtämiseen. Palveluverkoston tuntemus edellyttää erityistä tietoa paikallisista palveluista sekä yhteistyötä muiden toimijoiden ja kolmannen sektorin kanssa. Palveluiden keskittäminen ja paikallisuuden häviäminen tuovat tähän erityisiä haasteita ja tekevät sosiaalityöntekijän työnkuvan liikkuvammaksi. Lisäksi sosiaalityöhön

psykiatriassa liittyy vertikaalista asiantuntijuutta, joka liittyy psykiatrisiin sairauksiin. (Metteri 2014, 250–252.)

Tuloksien mukaan asiakkaat ohjautuvat sosiaalityöntekijän tapaamiseen pääsääntöisesti muiden ammattiryhmien ohjaamana. Moniammatillisessa työryhmässä on siis merkittävää, että myös muut ammattiryhmät osaavat arvioida sosiaalityön tarvetta. Sosiaalityöntekijän vahva läsnäolo työryhmässä sekä yhteiset koulutukset edesauttavat muun hoitohenkilökunnan ymmärrystä sosiaalityön tarpeesta ja paikasta. Romakkaniemen ja Kilpeläisen (2013a) tutkimuksessa sosiaalityöntekijä kutsuttiin mukaan hoitoprosessiin, kun asiakkaan ongelmat olivat taloudellisia ja sosiaaliturvaan liittyviä tai kun hoito oli pitkittynyt ja kaivattiin kuntoutuksellista näkökulmaa. Vaikka tässä tutkimuksessa asiakas oli saanut tapaamisajan pääsääntöisesti oikea-aikaisesti, on tähän syytä kiinnittää huomiota, kun asiakasprosesseja pilkotaan ja asiantuntijakeskeinen työskentelyote on vallalla.

6.3 Vuorovaikutussuhde

Psyykkiset sairaudet vaikuttavat usein asiakkaiden itsetuntoon ja saattavat aiheuttaa häpeänkin tunteita. Vastaajat, jotka olivat kokeneet saavansa sosiaalityöntekijältä ymmärrystä ja tukea olivat myös tyytyväisempiä lopputulokseen. Sosiaalityöntekijältä tämä vaatii ymmärrystä psykiatrisista sairauksista, oireista, hoidosta ja vaikutuksesta toimintakykyyn. Asiakkaiden kohtaaminen ja luottamuksen syntyminen vaativat sosiaalityöntekijältä aitoa kiinnostusta, sitoutumista ja myös aikaa. Näiden sosiaalityöntekijän ominaisuuksien kautta koetaan syntyvän emotionaalinen ilmapiiri, joka lisää asiakkaiden luottamusta työntekijään. Luottamuksen syntyminen mahdollistaa tasavertaisen ja avoimen vuorovaikutussuhteen, jossa kummankin osapuolen näkemykset ja mielipiteet ovat tärkeitä. (Ks. Denhov & Topor 2011; Kokko 2004 Johansson ym. 2003; Mönkkönen 2018.)

Myös Katri Heralan pro gradu -tutkielmassa terveyssosiaalityössä tärkeään rooliin nousivat vuorovaikutustaidot ja kohtaaminen. Asiakkaat kokivat sosiaalityön olevan

myös juttelemista, kuuntelemista ja keskustelua. Empaattinen ja kuunteleva ote vahvisti asiakkaan nähdyn tulemist vaikeassa elämäntilanteessa. (Herala 2016, 59.) Asiakkaiden kokema sosiaalityöntekijän aito kiinnostus heidän asioistaan antaa hyvän lähtökohdan ja mahdollisuuden dialogisuudelle. Työntekijä voi kohdata asiakkaan avoimesti erilaisine toiveineen ja näkemyksineen (Mönkkönen 2018, 107–117). Hyvän vuorovaikutussuhteen syntymiseen tarvitaan aikaa, ja parhaimmillaan se on luottamuksellista ja tukea antavaa kommunikaatiota työntekijän kanssa. Kinnusen (2013, 70–75) tutkimustulokset vahvistavat, että myös psykososiaalisen tuen antaminen on tärkeä osa terveysosiaalityötä. Tämän tutkimuksen valossa näyttää siltä, että konsultoiva ja rajattuihin ongelmiin keskittyvä sosiaalityö ei johda yhteisen vuorovaikutuksen syntymiseen, jonka edellytyksenä on konsensus palveluprosessista. Toivoa selviytymisestä ja kuntoutumisesta edesauttaa hyvä vuorovaikutussuhde. (Ahonen ym. 2011, 22–29; Romakkaniemi 2014, 139–140.)

6.4 Osallistumisesta osallisuuteen

Asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen koettiin erinomaiseksi tai hyväksi. Kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä on terveysosiaalityön lähtökohta (Linden 1999, 55). Sosiaalityöntekijöillä on käytössä erilaisia työvälineitä kuten sosiaalisen tilanteen tutkimus, joilla he voivat arvioida asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisesti ja siinä laajuudessa, kun se on tarpeen. Sosiaalinen tutkimus tehdään vuorovaikutteisesti asiakkaan kanssa ja sen oleellinen osa on asiakkaan oma arvio tilanteesta sekä tavoitteiden määrittely. Vuorovaikutteisen ja luottamuksellisen suhteen luominen vaatii aikaa, joka saattaa joskus törmätä institutionaalisen ajan kanssa. Institutionaalinen aika luo rajat sille kuinka laajasti sosiaalityöntekijä voi asiakkaan asiaan perehtyä. (Leppälahti 2014, 40–41; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2013a, 261–271.) Tutkimustulos kokonaisvaltaisuudesta on erittäin hyvä ja hieman yllättäväkin. Kasvavat potilasmäärät saattavat houkuttaa organisaatiota käyttämään sosiaalityöntekijää konsultatiivisesti, jolloin sosiaalityöntekijällä ei ole mahdollisuutta perehtyä asiakkaan tilanteeseen, vaan hänen tulisi antaa ohjeet ikään kuin ”apteekin hyllyltä”. Sosiaalityöntekijän eetos on kuitenkin huomattavasti laajempi, sillä sen tehtävä on

ehkäistä syrjäytymistä, seistä heikomman puolella sekä lisätä osallisuutta ja hyvinvointia. (Sosnet 2014, kansainvälinen sosiaalityön määritelmä suomeksi; Romakkaniemi 2014.)

Perheen tai läheisten huomioiminen väittämään vastasi vain hieman yli puolet vastaajista. Tutkijana olen pohtinut kysymyksenasettelun mielekkyyttä ja ymmärrettävyyttä, jotka ovat voineet vaikuttaa katoon. Sana ”huomioiminen” on todennäköisesti ollut vaikeasti ymmärrettävä ja se olisi pitänyt avata tarkemmin. Tarkoittaako huomioiminen, että perheestä on puhuttu yhden kerran, vai tarkoittaako se että perhettä on tavattu? Näitä samoja pohdintoja ovat saattaneet vastaajatkin käydä. Toinen mahdollinen selitys on se, että vastaajilla ei ole lapsia tai he eivät enää asu kotona, jonka vuoksi perhe teemana ei ole sosiaalityöntekijän tapaamisessa noussut sellaiseen rooliin, että asiakkaat pitäisivät sitä perheen huomioimisena. Tällä vuosituhanella on perheen käsitys muuttunut ja moninaistunut. Yksin asuvien määrä on lisääntynyt ja ydinperheen käsitys on laajentunut. Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että asiakkaat kokevat positiiviseksi ja auttavaksi tekijäksi perheen tai läheisten huomioimisen ja mukaanottamisen. (Ottedal ym. 2007; Kokko 2004). Asiakkaalle läheisten ihmisten kartoittamiseen ja heidän huomioimiseen sosiaalityössä on siis syytä kiinnittää huomiota.

Vastaajat arvioivat oman mielipiteen esittämisen toteutuvan erinomaisesti. Awaran ym. (2008) tutkimuksessa 33 % asiakkaista oli sitä mieltä, että työntekijät ajattelevat aina tietävänsä paremmin. Siposen ja Välimäen (2003) tutkimuksessa 65 % asiakkaista koki, että heidän mielipiteensä hoidosta on otettu hyvin tai erittäin hyvin huomioon. Verrattuna näihin tutkimuksiin olivat tämän tutkimuksen tulokset erinomaiset, koska vastausprosentti oli sata prosenttia ja vastaajista 99 % oli sitä mieltä, että he saivat esittää oman mielipiteensä hyvin tai erittäin hyvin. Näyttää siltä, että sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on dialogia, jossa kunnioitetaan molempia osapuolia ja heidän mielipiteitään. Valkaman (2012) mukaan kohtaamisen dialogisuus ja kuulluksi tuleminen tunne lisäävät tunnetta valinnanmahdollisuuksista (emt. 85).

Sen lisäksi että asiakkaat kokivat saavansa esittää oman mielipiteensä, näyttää siltä että se tuli myös huomioiduksi. Tulosten mukaan asiakkaat pääsevät vaikuttamaan ja

osallistumaan omaan hoitoonsa ainakin sosiaalityön osalta. Laitilan (2010) tutkimuksen mukaan palvelujärjestelmä on siirtymässä tai ainakin sillä on olisi mahdollista siirtyä kohti osallistavampaa mallia palveluiden kehittämisessä ja järjestämisessä esimerkiksi kokemusasiantuntijuuden avulla.

6.5 Loppu hyvin, kaikki hyvin?

Viimeisessä kysymyksessä selvitettiin vastaajien tyytyväisyyttä laadittuun suunnitelmaan tai tehtyihin ratkaisuihin asioinnin päättyessä. Vastaajat arvioivat lopputuloksen hyväksi, joka noudattaa samaa linjaa tutkimuksen muiden tulosten kanssa. Tyytyväisimpiä vastaajia olivat miehet ja 41–50 -vuotiaat vastaajat. Tyytyväisyyttä lisäsi sosiaalityöntekijän kokonaisvaltainen syventyminen asiakkaan asemaan, sosiaalityöntekijältä saatu ymmärrys ja tuki sekä sosiaalityöntekijän riittävä tieto asiakkaan asian selvittämiseksi.

Asiakkaat jotka kokivat, että sosiaalityöntekijä oli syventynyt heidän asiaansa kokonaisvaltaisesti, olivat myös tyytyväisempiä lopputulokseen. Tämä on helppo ymmärtää kun katsoo, kuinka monella on asiakkuuksia esimerkiksi aikuissosiaalityössä tai te-palveluissa. Tämä tarkoittaa asiakkaiden kannalta monia eri tahoja ja viranomaisia, jotka hoitavat omaa erityisalaansa. Organisaatiot kuten aikuissosiaalityö ovat olleet suuressa muutoksessa viime vuosina, kun toimeentulotuki siirrettiin Kelan hoidettavaksi. Tarkoituksena oli toteuttaa yhden ”luukun” politiikkaa, mutta käytäntö on osoittanut, että vaikeimmassa asemassa oleville asiakkaille se on lisännyt vielä yhden ”luukun”. Suurimmalla osalla vastaajista toimeentulona oli kuntoutustuki tai sairauspäiväraha, jotka ovat määrääkaikaista tuloa, jota on haettava aina uudestaan. Pitkät käsittelyajat ja epätietoisuus päätöksen sisällöstä aiheuttavat asiakkaille stressiä ja muutoksia toimeentulossa, jotka heijastuvat välittömästi asiakkaan arkeen ja mahdollisuuteen ostaa esimerkiksi lääkkeitä tai maksaa vuokra. Asiakkaat tarvitsevat sosiaalityöntekijää, joka ymmärtää sairauden aiheuttamat rajoitteet ja auttaa konkreettisesti käytännön asioiden hoidossa sekä toimii asiakkaan ”asianajajana” muiden toimijoiden suuntaan. Ennen kuntoutuksen suunnittelua on asiakkaalla oltava perusasiat kunnossa, kuten toimeentulo

ja asuminen. Toporin (2005) mukaan raha mahdollistaa eloonjäämisen lisäksi myös osallistumisen harrastuksiin ja muuhun sosiaaliseen kanssakäymiseen kodin ulkopuolella, mikä koetaan yleensä tärkeäksi toipumista edistäväksi tekijäksi (emt. Fankenhaeuserin 2014, 56 muk.). Kokonaisvaltainen työote osallistaa asiakasta ratkaisemaan ja suunnittelemaan asioita yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa. Asiakas tuo prosessiin oman elämänsä asiantuntijuuden ja sosiaalityöntekijä oman ammattitaitonsa.

Psykiatriassa toimivalta sosiaalityöntekijältä tarvitaan siis monenlaisia taitoja ja osaamista, jota myös asiakkaat arvostavat ja pitävät tärkeänä. Tämän tietämyksen valossa sosiaalityöntekijöitä ei ainakaan pitäisi vähentää vaan pikemminkin lisätä. Sosiaalityöntekijä on osa moniammatillista tiimiä, joka mahdollistaa erityisen hyvin asiakkaan suunnitelmien etenemisen seurannan ja yhteistyön muiden hoitoryhmän työntekijöiden kanssa. Ymmärrys psyykkisistä sairauksista ja sen rajoituksista tulee ainoastaan kokemuksen ja oman kiinnostuksen myötä. Ei voida siis olettaa, että kaikilla sosiaalityöntekijöillä olisi tällaista kiinnostusta tai perehtyneisyyttä psykiatriaa kohtaan. Asiakkaat kuitenkin näyttävät hyötyn tilanteesta, jossa sosiaalityöntekijä työskentelee kokonaisvaltaisella työotteella sekä hyvällä ammattitaidolla, asiakasta ymmärtäen ja tukien.

Tämän tutkielman tarkoitus oli tutkia millaisena asiakkaat kokevat vuorovaikutuksen ja osallisuuden sosiaalityöntekijän tapaamisessa. Tulosten mukaan vuorovaikutus ja osallisuus koettiin hyväksi, eikä niiden välille tullut juurikaan eroja. Asiakkaan tyytyväisyyttä tehtyihin ratkaisuihin ja suunnitelmiin lisäsi kokemus sosiaalityöntekijän kokonaisvaltaisesta työotteesta, sosiaalityöntekijältä saatu ymmärrys ja tuki sekä ammattiosaaminen. Olettamukseni oli, että psykiatrian avohoidossa näkyvä asiakasmäärien kasvu ja sosiaalityöntekijöiden työpaine olisi näkynyt tuloksia heikentävänä. Tuloksien valossa voidaan sanoa, että HUS mielialahäiriöpoliklinikan asiakkaat saavat pääsääntöisesti vuorovaikutteista ja osallistavaa sosiaalityön palvelua.

7 POHDINTA

Pro gradu -tutkielman prosessi on päättymässä. Työkokemukseni vuoksi aihevalinta on ollut minulle jo kandidaatin tutkielmasta asti selvä, sillä halusin tuoda psykiatrian avohoidon asiakkaiden ääntä ja mielipiteitä näkyväksi. Aiheen tärkeyttä ja omaa motivaatiotani lisäsi se, ettei aiheesta löytynyt aikaisempaa suomalaista tutkimusta. Tutkimusprosessissa on ollut ajoittain haastavia hetkiä. Tutkimuslupahakemuksessa meni odotettua pidempään, jonka vuoksi aineiston kerääminen siirtyi. Aineistoa saatiin suunniteltua vähemmän johtuen sosiaalityöntekijöiden vajauksesta poliklinikoilla. Analyysiä oli mielenkiintoista tehdä, vaikka pieni aineisto aiheutti sille paljon rajoitteita. Tulosten auki kirjoittaminen vei enemmän aikaa kuin olin ajatellut tai suunnitellut. Olen kuitenkin mielestäni päässyt tutkielmani tavoitteeseen, joka oli tuoda asiakkaiden kokemuksia ja mielipiteitä näkyväksi.

Professori Jyrki Korkeila totesi Helsingin Sanomissa julkaistussa mielipidekirjoituksessa, että hoidon vaikuttavuutta ja asiakaspalautetta pitäisi mitata systemaattisesti. Ilman mittaamista hoidon prosesseja on vaikea parantaa. (Em. 2019.) Myös hoito-organisaation sisällä tarjottavia tarjottavista erityispalveluista kuten sosiaalityö tulisi kerätä systemaattisesti tietoa ja palautetta toiminnan kehittämiseksi. On myös kiinnitettävä huomiota siihen miten tietoa kerätään. Tämän tutkimuksen vastaaja määrä jäi alle odotetun ja lomakekyselyn erinomaiset tulokset antavat olettaa, että tutkimukseen osallistuneet olivat melko hyvän toimintakyvyn omaavia asiakkaita. Jatkossa on siis kiinnitettävä huomio siihen, miten sairauden eri vaiheessa olevia asiakkaita saadaan tutkimuksiin mukaan. Sähköisesti annettava palaute on nopeaa ja tehokasta mutta ei ole käytännössä tavoittanut psykiatrian avohoidon potilaita.

Psykiatriassa sosiaalityön tutkimuksen tulisi mielestäni olla vakiintunut tapa kehittää omaa toimintaa. Sosiaalityön tutkimuksen on tultava oman ammattiryhmän sisältä, jotta se saa sosiaalityön teoriapohjan. Psykiatrian toimintaympäristössä tapahtuvaa sosiaalityötä on tutkittu muun muassa sosiaalityöntekijöitä muita psykiatriassa toimivia ammattiryhmiä haastatteleamalla. Vähemmälle on jäänyt asiakkaiden näkökulma ja kokemus, joka voi osittain johtua tutkimuksen haasteellisuudesta. Tutkimuksen

kohdistuessa terveydenhuollon asiakkaisiin on eettiset kysymykset ja tutkimuslupa menetelmät monitahoisempia. Kannustan kuitenkin pro gradu tutkielman ja opinnäytetyön tekijöitä tarttumaan rohkeasti tähän mielenkiintoiseen tutkimusympäristöön. Tutkimustiedon tai palautteen kerääminen säännöllisesti, antaisi myös mahdollisuuden vertailevaan tutkimukseen.

Tutkimustiedon lisäksi koulutetut kokemusasiantuntijat tuovat palveluiden suunnitteluun sekä päätöksentekoon arvokasta omakohtaista kokemusta ja tietoa. Julkinen keskustelu ja julkisuuden henkilöiden tuomat omat kokemukset psyykkisistä sairauksista, vähentävät sairauksien ympäriltä mystiikkaa ja toimivat vertaistukena muille sairastuneille. Yhteiskunnassa psyykkisten sairauksien ymmärtäminen on muuttunut positiivisempaan suuntaan, vaikka sen ympärillä on vielä paljon stigmaa. Hoito- ja kuntoutusmuodot ovat kehittyneet niin, ettei psykiatrinen diagnoosi automaattisesti tarkoita yhteiskunnasta syrjäytymistä, toimintakyvyn menettämistä ja kroonistumista. Palautuminen vaikeistakin psyykkisistä sairauksista on mahdollista.

Lopuksi haluan kiittää kokemusasiantuntijoita, jotka antoivat arvokasta palautetta kysymyslomakkeen laadinnassa. Sekä HUS mielialahäiriölinjan avohoidon sosiaalityöntekijöitä, jotka kiireen ja työpaineen alla kokivat tutkimukseni tärkeäksi, ja jakoivat asiakkailleen kysymyslomakkeita. Suurimman kiitoksen ansaitsee kuitenkin asiakkaat, jotka ovat osallistuneet tutkimukseen ja näin halunneet vaikuttaa mielialahäiriölinjan sosiaalityön kehittämiseen.

LÄHTEET

Aalto-Kallio, Mervi & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo & Nikula, Tuula & Rouvinen-Wilenius, Päivi. 2011. Tasa-arvo ja osallisuus väylä terveyteen. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Julkaisu 9/2011.

Ahonen, Päivi & Lamminmäki, Sara & Suoheimo, Maria & Suokas Markku & Virtanen, Petri. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystieteiden kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011.

Awara, Mahmoud & Fasey, Christopher. 2008. Patients' satisfaction and quality of care in psychiatric out-patient settings. *Journal of Mental Health*. Volume 17, Number 3. June 2008. 327 – 335.

Barak, Yoram & Szor, Henry & Kimhi, Robert & Kam, Ephraim & Mester, Roberto & Elizur, Avner. 2001. Survey of patient satisfaction in adult psychiatric outpatient clinics.

Denhov, Anne & Topor, Alain. 2011. The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry*. Volume 58, Number 4. 417 – 424.

Frankenhausen, Beata. 2014. Terveystieteiden käytännölliset mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveystieteet ja sosiaalityö* (epub). Jyväskylä: PS-kustannus, 59.

Heikkilä, Tarja. 2014. Tilastollinen tutkimus (epub). Helsinki: Edita Publishing Oy.

Hänninen, Kaija & Poikela, Ritva. 2016. Toimintalähtöinen, dialoginen ja kohtaava vuorovaikutus. Teoksessa Teoksessa Törrönen, Maritta, Hänninen, Kaija,

Jouttimäki, Päivi, Lehto- Lundén, Tiina, Salovaara, Petra & Veistilä, Minna (toim.) Vastavuoroinen sosiaalityö. Tallinna: Gaudeamus Oy. 155-160.

Herala, Katri. 2016. ”Ne etsivät ratkaisuja yhdessä asiakkaan kanssa”. Terveyssoisiaalityön asiantuntijuutta määrittämässä. Pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto. Sosiaalityön koulutusohjelma. <https://lauda.ulapland.fi/handle/10024/62547>. Viitattu 5.6.2019.

HUS. 2019. HUS-tietoa. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>. Viitattu 14.2.2019.

HUS. 2018. Ohje henkilötietojen käsittelystä tieteellisessä tutkimuksessa HUSissa. Pysyväisohje 11/2018. Viitattu 22.8.2019. <https://www.hus.fi/tutkijalle/saadokset-ohjeet-lomakkeet/ladattavat-dokumentit/Tutkimuslupa%20liittyvt%20ohjeet/X%20Ohje%20henkilotietojen%20käsittelystä%20tieteellisessä%20tutkimuksessa%20HUSissa%20Pysyväisohjeen%2011%202018%20liite.pdf>.

Huttunen, Matti. 2018. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lääkärikirja Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00378#s2. Viitattu 20.3.2019.

Huttunen, Matti. 2018. Masennus, masentuneisuus, maennusoire ja masennustila. Lääkärikirja Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00390. Viitattu 20.3.2019.

HYKS psykiatria mielialahäiriölinja. Toimintakertomus 2018. Ei avoimesti saatavilla.

Hyks psykiatria mielialahäiriölinja sosiaalityö. Toimintakertomus 2018. Ei avoimesti saatavilla.

Hänninen, Kaija & Poikela, Ritva. 2016. Toimintalähtöinen, dialoginen ja kohtaava vuorovaikutus. Teoksessa Maritta Törrönen, Kaija Hänninen, Päivi Jouttimäki, Tiina Lehto-Lundén, Petra Salovaara & Minna Veistilä (toim.) Vastavuoroinen sosiaalityö. Helsinki: Gaudeamus Oy.

Johansson, Håkan & Eklund, Mona. 2003. Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Volume 17. 339 – 346.

Jokinen, Arja. 2014. Asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välinen suhde. Teoksessa Maritta Törrönen, Kaija Hänninen, Päivi Jouttimäki, Tiina Lehto-Lundén, Petra Salovaara & Minna Veistilä (toim.) Vastavuoroinen sosiaalityö (epub). Helsinki: Gaudeamus Oy.

Jokivuori, Pertti & Hietala, Risto. 2007. Määrällisiä tarinoita. Muuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsingin.

Kaleva, Satu & Valkonen, Jukka. 2013. Mielenterveyden edistämisen dilemmat. *Yhteiskuntapolitiikka*. 78 (2013);6.

Kinnunen, Annu. 2013. Oikeanlaista palvelua oikeaan aikaan? Asiakkaiden tyytyväisyys terveysosiaalityön palveluihin Seinäjoen keskussairaalan sosiaalitoimen yksikössä. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto.

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.
[https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84491/gradu06665.pdf?sequence=](https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84491/gradu06665.pdf?sequence=1)
 1. Viitattu 24.1.2019.

Kirves, Kaisa. 2013. Määrälliseen aineistoon perustuvien tutkielmien menetelmäopas. Tampereen yliopisto.
<http://www.uta.fi/yky/psy/kaytannot/index/Menetelmaopas%202013-1.pdf>.
 Viitattu 28.10.2019.

Kokko, Seija. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvoteoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Oulu university press.

Korpela, Rauni. 2014. Terveys- ja sosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö (epub). Jyväskylä: PS- kustannus, 109.

Korkeila, Jyrki. 2019. Psykiatrian avohoito on järjestettävä uudelleen. Helsingin sanomat. 3.7.2019. Vieraskynä.

Kuntalaki 10.4.2015. 410/2015.

Kylmäluoma, Hanna. 2014. Sosiaalityön paikka psykiatrian toimintaympäristössä - ajallinen katsaus vuodesta 1945 nykypäivään. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.
[https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96154/GRADU-](https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96154/GRADU-1412663359.pdf?sequence=1)
 1412663359.pdf?sequence=1. Viitattu 6.2.2019.

Laine, Helinä. 2014. Sosiaalityö terveydenhuollossa on positiiviseen häiriköintiin perustuvaa taiteilua. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö* (epub). Jyväskylä: PS-kustannus, 23-24.

Laitila, Minna. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Akateeminen väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta. Luettavissa http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf. Viitattu 15.10.2018.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Leeman, Lars & Hämäläinen, Riitta-Maija. 2015. Asikassosallisuus. Sosiaalisen edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti_Asikassosallisuus.pdf/6d5b8baf-d5e4-4618-add6-ca0b9a81f214. Viitattu 22.3.2019.

Leinonen, Leena. 2018. Sosiaalityön terapeutin asiantuntijuus psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Teoksessa Tarja Juvonen, Jari Lindh, Anneli Pohjola & Marjo Romakkaniemi (toim.) *Sosiaalityön muuttuva asiantuntijuus. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2018*. UNIPress, 135.

Leppälahti, Raija. 2014. Asiakas- ja perhekeskeinen työkäytäntö perusterveydenhuollossa. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö* (epub). Jyväskylä: PS-kustannus, 40-41.

Lindén, Mirja. 1999. Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Raportteja 234. Helsinki: Stakes.

Metsämuuronen, Jari. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Metteri, Anna. 2014. Terveyssoseaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö (epub. Jyväskylä: PS-kustannus, 250-252.

Metteri, Anna, Valokivi, Heli & Ylinen, Satu. 2014. Kohti monialaista keskustelua terveydestä ja sosiaalityöstä. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö (epub). Jyväskylä: PS-kustannus, 277.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mielenterveystalo. 2019. Terveyskylä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/Psykososiaalisethoidot.aspx>. Viitattu 31.1.2019.

Mielialahäiriöt. 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot>. Viitattu 31.1.2019.

Mönkkönen, Kaarina. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus Oy.

Niemelä, Pauli. 2009. Ihmisen toiminnallisuus ja hyvinvointi sosiaalityön teoreettisen ymmärryksen perustana. Teoksessa Mikko Mäntysaari, Anneli Pohjola & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalityö ja teoria (epub). Jyväskylä: PS-kustannus, 183-193.

Niemelä, Solja & Blanco-Sequeiros. 2015. Psykiatria perusterveydenhuollossa. Duodecim 2015;131:565-6. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12161.pdf>-. Viitattu 14.2.2019.

Nummenmaa, Lauri. 2004. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Nuorisotakuu. 2019. Taattu tulevaisuus – nuorisotakuun seitsemän tulevaisuuden teesiä julkaistu. https://nuorisotakuu.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1410845/taattu-tulevaisuus-nuorisotakuun-seitseman-tulevaisuuden-teesia-julkaistu. Viitattu 28.5.2019.

Olteidal, Sigve & Garrat, Andrew & Johannessen, Jan Olav. 2007. Psychiatric outpatients' experiences with specialized health care delivery. A Norwegian national survey. Journal of Mental Health. Volume 16, Number 2, April 2007. 271 – 279.

Pihlava, Minna. 2018. Masennus vie joka päivä yhdeksän henkilöä eläkkeelle - Yhä useampi työkyvyttömyyseläke myönnetään osaeläkkeenä. Lääkärilehti. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/masennus-vie-joka-paiva-yhdeksan-henkiloa-elakkeelle/>. Viitattu 5.10.2018.

Piispa, Matti. 2006. Kvantitatiivisen tutkimuksen eettiset lähtökohdat. Esimerkkinä naisiin kohdistuvan väkivallan kyselytutkimus. Teoksessa J. Hallamaa, V. Launis, S. Lötjönen & I. Sorvali (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Tietolipas 211. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 141–160.

Pirttijärvi, Mirja. 2013. Merkintöjä marginaalissa. Terveyssosealityö aikuispsykiatriassa potilaan taloudellisen ja sosiaalisen selviytymisen

edellytysten määrittelijänä. Lisensiaattitutkimus. Jyväskylä.
[https://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=c19841f7-2357-4f70-](https://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=c19841f7-2357-4f70-d91a2db1d194) b7ed-
d91a2db1d194. Viitattu 3.10.2018.

Pohjola, Anneli. 2007. Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa Leena Viinamäki & Erkki Saari (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi.

Psykiatrian sosiaalityöntekijän palvelukuvaukset – julkaisematon.

Pylväs, Maria. 2003. Sosiaalityön asiantuntijuus erikoissairaanhoidossa. Tapaustutkimus yliopistollisen sairaalan sosiaalityöstä. Pohjois-Sosiaalialan osaamiskeskus. Oulu.

Rauhala, Lauri. 1997. Psykoterapia ja subjektiivinen maailmankuva. Teoksessa Juhani Ihanus (toim.) Psykoterapia eilen ja tänään. Helsinki: Yliopistopaino, 11-25.

Raunio, Kyösti. 1999. Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt (ebup). Helsinki: Gaudeamus.

Romakkaniemi, Marjo. 2014. Masennuksen sosiaaliset ulottuvuudet ja sosiaalityön asiantuntijuus masennuksen hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö (epub). Jyväskylä: PS-kustannus, 138- 140.

Romakkaniemi, Marjo & Kilpeläinen, Arja. 2013a. Asiakkuus terveydenhuollon sosiaalityössä – Terveysdenhuollon sosiaalityöntekijät asiakkaiden toimijuuden tilojen rakentajina. Teoksessa Merja Laitinen & Asta Niskala (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä (epub). Tampere: Osuuskunta Vastapaino, 256-271.

Romakkaniemi, Marjo & Kilpeläinen, Arja. 2013b. Masennuksesta kuntoutuva ihminen pirstaleisessa palvelujärjestelmässä. Kuntoutus 2013. Volume 2.

Savolainen, Tuija (toim). 2017. Terveyssozialityön nimikkeistö. Suomen kuntaliitto. http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=3384. Viitattu 11.10.2018.

Sihvo, Sinikka & Isotalo, Anna-Maria & Kivipelto, Minna & Linnanmäki, Eila & Lyytikäinen, Merja & Sainio, Salla. 2018. Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 16/2018. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160828/STM_r1618_Asiakkaiden %20osallistumisen%20toimintamalli.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160828/STM_r1618_Asiakkaiden%20osallistumisen%20toimintamalli.pdf?sequence=4&isAllowed=y). Viitattu 26.9.2018.

Siponen, Ulla & Välimäki, Maritta. 2003. Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Volume 10. 129 – 135.

Sosnet. 2018. Sosiaalityön kansainvälisen määritelmän suomennos. [https://www.sosnet.fi/Suomeksi/Koulutus/Peruskoulutus/Sosiaalityon-maarittely/Kv- maaritelma](https://www.sosnet.fi/Suomeksi/Koulutus/Peruskoulutus/Sosiaalityon-maarittely/Kv-maaritelma). Viitattu 28.10.2018.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Työnjakoa ja työnrasitusta. Mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio. 2004:5. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73494/TRM200405.pdf?sequence=1>. Viitattu 14.2.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma 2020-2030. Luonnos. Mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelman luonnos 10_9_2019.pdf -. Viitattu 11.11.2019.

Sutela, Elina & Törmäkangas, Liisa & Toikka, Enna & Haapakorva, Pasi & Hautakoski, Ari & Hakovirta, Mia & Rasinkangas, Jarkko & Gissler, Mika & Ristikari, Tiina. 2016. Nuorten hyvinvointi ja syrjäytymisen riskitekijät Suomen kuudessa suurimmassa kaupungissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 5/2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130760/URN_ISBN_978-952-302-662-9.pdf. Viitattu 28.5.2019.

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 30.12.2010/1326.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden määrä iän ja sukupuolen mukaan. https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/thil/psykiatria3j/summary_psykiatria32?aika_0=3139713&sukup_0=18611&sukup_0=10662&mittarit_0=96209#. Viitattu 1.11.2019.

Toikko, Timo. 2005. Sosiaalityön ideat. Johdatus sosiaalityön historiaan (ebup.) Tampere: Vastapaino.

Tulppo, Jaana. 1991. Sosiaalityö ammatillisena toimintana sairaalassa. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia. Sarja C: Nro 2. Tampereen yliopisto.

Valkama, Katja. 2012. Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Väitöskirja. Vaasan yliopisto. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-412-4.pdf. Viitattu 6.3.2019.

Valli, Raine. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen (epub). Jyväskylä: PS-kustannus.

Valli, Raine. 2108. Aineistonkeruu kyselylomakkeella. Teoksessa Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä: PS-kustannus. 93-103.

Vilka, Hanna. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98723/Tutki-ja-mittaa_2007.pdf. Viitattu 16.8.2019.

Voutilainen, Maiju. 2017. Itke minulle taivas. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

LIITE 1: KYSELYLOMAKKEEN SAATEKIRJE

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Opiskelen Tampereen yliopistossa sosiaalityön tutkinto-ohjelmassa. Teen Pro gradu tutkielmani asiakkaiden kokemuksista sosiaalityöstä psykiatrisessa avohoidossa. Aiheesta ei ole aikaisempaa tutkimusta, jonka vuoksi koen tärkeänä tuoda esiin asiakkaiden näkökulmaa palveluista. Vastaamalla voit kertoa mielipiteesi ja toiveesi sosiaalityöstä psykiatrian poliklinikalla.

Tutkimus toteutetaan kyselytutkimuksena neljällä eri Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) mielialahäiriöpoliklinikalla. Espoosta tutkimukseen osallistuu Leppävaaran ja Matinkylän poliklinikat sekä Vantaalta Tikkurilan ja Myyrmäen poliklinikat. Osallistuminen merkitsee oheisen kyselylomakkeen täyttämistä ja palauttamista. Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Tutkimukseen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuta millään tavoin hoitoosi.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa. Vastaukset voitte palauttaa nimettöminä ja ne käsitellään luottamuksellisesti. Kenenkään yksittäisen vastaajan tiedot ei paljastu vastauksissa. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tutkimukseen, johon tämä saatekirje liittyy. Aineiston numeraalisen tallentamisen jälkeen vastauslomakkeet hävitetään. Kyselyyn vastaamiseen on aikaa 31.3.2019. Kyselylomakkeen voi palauttaa odotusaulan palautepostilaatikkoon.

Pro gradu tutkielman ohjaajana toimii professori Kirsi Juhila Tampereen yliopistosta. Hus yhteyshenkilö on vastaava sosiaalityöntekijä Päivi Parikka. Vastaa mielelläni sähköpostitse mahdollisiin lisäkysymyksiin tutkimuksesta. Tutkimus julkaistaan TamPub-julkaisuarkistossa.

Ystävällisin terveisin

Katariina Hjort (katariina.hjort@kotiportti.fi)

LIITE 2: KYSELYLOMAKE

KYSELYTUTKIMUS	
Valitse seuraavista vähintään yksi vaihtoehto.	
1. Sukupuoli?	
<input type="radio"/> Mies	
<input type="radio"/> Nainen	
<input type="radio"/> Joku muu	
<input type="radio"/> En halua kertoa	
2. Ikä?	
<input type="text"/>	
3. Hoitosuhteen pituus tällä poliklinikalla?	
<input type="radio"/> Alle 6 kuukautta	<input type="radio"/> 2-3 vuotta
<input type="radio"/> 6-12 kuukautta	<input type="radio"/> Yli kolme vuotta
<input type="radio"/> 1-2 vuotta	<input type="radio"/> En osaa sanoa
4. Toimeentulosi tällä hetkellä?	
<input type="radio"/> Työssä	<input type="radio"/> Kuntoutustuki / Määräaikainen työkyvyttömyyseläke
<input type="radio"/> Työtön	<input type="radio"/> Pysyvä työkyvyttömyyseläke
<input type="radio"/> Opiskelija	<input type="radio"/> Vanhuuseläke
<input type="radio"/> Sairauspäiväraha	
Muu, mikä?	
<input type="text"/>	
5. Kuinka monta kertaa olet tavannut sosiaalityöntekijän? (tämä kerta mukaan lukien)	
<input type="checkbox"/> 1-2 kertaa	<input type="checkbox"/> Yli 10 kertaa
<input type="checkbox"/> 3-5 kertaa	<input type="checkbox"/> En osaa sanoa
<input type="checkbox"/> 6-10 kertaa	

6. Tapasitko sosiaalityöntekijän jonkun muun ehdotuksesta, kenen?

- ☐ Omasta toiveesta
- ☐ Lääkärin tai hoitajan ehdottamana

Jonkun muun, kenen?

7. Minkälaisia asioissa olet tavannut sosiaalityöntekijää? (Rastita sinua koskevat vaihtoehdot, vähintään yksi)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Taloudelliset asiat (esim. vuokratvelka, oman taloudellisen tilanteen selvittäminen, laskujen maksu, rahattomuus) | <input type="radio"/> Kokonaistilanteen kartoittaminen |
| <input type="radio"/> Hakemusten täyttäminen (esim. sairauspäiväraha, kuntoutustuki, toimeentulotuki tai asumistuki) | <input type="radio"/> Kuntoutuksen suunnittelu (esim. työkokeilu, opiskelu tai kuntoutuskurssin suunnittelu) |
| <input type="radio"/> Perheeseen tai lapsiin liittyvät asiat (esim. lastenhoitoapu, yhteistyö lastensuojelun kanssa, parisuhteeseen liittyvät asiat) | |

Jokin muun asian, minkä?

8. Oliko sosiaalityöntekijä mukana suunnittelemassa kuntoutusta? Vastaa tähän vain jos sinulle on suunniteltu kuntoutusta (esim. työkokeilu, opiskelu, työhön palaaminen, kuntoutuskurssi)

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

9. Oletko tällä hetkellä asiakkaana?

- ☐ Aikuisssosiaalityössä
- ☐ Lastensuojelussa
- ☐ Te-toimistossa

Jossain muualla, missä?

KYSELYTUTKIMUS

Rastita jokaisesta väittämästä yksi mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

10. Sosiaalityöntekijän käytös oli ystävällistä ja huomaavaista

Olen erittäin paljon samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En samaa, enkä eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen erittäin paljon eri mieltä	En osaa sanoa, ei mielipidettä
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Sain esittää oman näkemykseni asiaan.

Olen erittäin paljon samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En samaa, enkä eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen erittäin paljon eri mieltä	En osaa sanoa, ei mielipidettä
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Sosiaalityöntekijä syventyi asiaani kokonaisvaltaisesti.

Olen erittäin paljon samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En samaa, enkä eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen erittäin paljon eri mieltä	En osaa sanoa, ei mielipidettä
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Koin keskustelutilanteen tasavertaisena.

Olen erittäin paljon samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En samaa, enkä eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen erittäin paljon eri mieltä	En osaa sanoa, ei mielipidettä
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Sosiaalityöntekijä oli aidosti kiinnostunut tilanteestani.

Olen erittäin paljon samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En samaa, enkä eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen erittäin paljon eri mieltä	En osaa sanoa, ei mielipidettä
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Sosiaalityöntekijällä oli mielestäni riittävästi tietoa asiani selvittämiseksi.

Olen erittäin paljon samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En samaa, enkä eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen erittäin paljon eri mieltä	En osaa sanoa, ei mielipidettä
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Mielipiteeni huomioitiin suunnitelmassa.

Olen erittäin paljon samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En samaa, enkä eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen erittäin paljon eri mieltä	En osaa sanoa, ei mielipidettä
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Suunnitelman laatimiseen varattiin riittävästi aikaa.

Olen erittäin paljon samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En samaa, enkä eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen erittäin paljon eri mieltä	En osaa sanoa, ei mielipidettä
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Sain ajan sosiaalityöntekijälle silloin kun tarvitsin sitä.

Olen erittäin paljon samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En ole samaa, enkä eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen erittäin paljon eri mieltä	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Sosiaalityöntekijällä oli riittävästi tietoa sairauden vaikutuksesta toimintakykyyni.

Olen erittäin paljon samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En samaa, enkä eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen erittäin paljon eri mieltä	En osaa sanoa, ei mielipidettä
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Sosiaalityöntekijä huomioi perheeni / lapseni / Läheiseni.

Olen erittäin paljon samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En samaa, enkä eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen erittäin paljon eri mieltä	En osaan sanoa, ei mielipidettä
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Pystyin puhumaan sosiaalityöntekijälle luottamuksellisesti kaikista asioistani.

Olen erittäin paljon samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En samaa, enkä eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen erittäin paljon eri mieltä	En osaa sanoa, ei mielipidettä
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Sain sosiaalityöntekijältä ymmärrystä ja tukea.

Olen erittäin paljon samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En samaa, enkä eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen erittäin paljon eri mieltä	En osaa sanoa, ei mielipidettä
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Päädyimme minua tyydyttävään ratkaisuun tai suunnitelmaan asiointini päättyessä.

Olen erittäin paljon samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En samaa, enkä eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen erittäin paljon eri mieltä	En osaa sanoa, ei mielipidettä
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Mitä muuta haluat sanoa? (Voit halutessasi jatkaa paperin kääntöpuolelle)